

日本版 成人・高齢者用  
アセスメントとケアプラン(財団方式)

ご利用者名

様

ケアマネジャー名

# I 基本情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

NO.1

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

受理日 年 月 日

フリガナ											
氏名		男・女		M T S		年 月 日生 ( 才)					
住所		〒		TEL							
主治医				連絡先		TEL		FAX			
緊急連絡先		続柄		連絡先		TEL		FAX			
事業者名				依頼経路		1. 市区町村より 2. 直接本人・家族より 3. 他居宅介護支援事業者より		4. 介護サービス事業者より 5. その他 ( )			
担当者名											
介護保険の 給付情報		①保険者名		保険者の住所・TEL		②保険者番号					
				( )		③被保険者番号					
医療保険		A. 本人・家族 →		1. 国民健康保険		2. 健康保険		3. 後期高齢者医療			
		B. 医療保険 記号・番号				保険者番号					
公費制度						公費受給者番号					
介護 保険		①認定年月日				1回目		2回目			
						年 月 日		年 月 日			
		②認定有効期間						年 月 日		年 月 日	
						～ 年 月 日		～ 年 月 日		～ 年 月 日	
		③要介護状態区分		非該当. 要支援 (1. 2). 要介護 (1. 2. 3. 4. 5)							
		④認知症自立度		自立, I, II a, II b, III a, III b, IV, M							
⑤高齢者自立度		自立, J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2									
⑥居宅サービス区分 支給限度基準額						単位/月		単位/月			
ケアプラン立案の理由		①プラン作成年月日・回数				/ /		/ /			
						( ) 回目		( ) 回目			
		②理由		1. 新規ケアプラン 2. 定期継続ケアプラン 3. 再審査・変更希望のケアプラン 4. 保険外ケアプラン							
アセスメント・評価の場所		1. 自宅		2. 施設内		3. その他 ( )					
参加者 (複数回答・番号を記入)		1. 本人		3. 配偶者		5. 子供					
		2. 子供の配偶者		4. 親		6. その他					
家族の状況  ※別居家族でも親子は 記入する。特に介護 担当者はもれなく記入  ※「介護担当と内容」欄 は毎日、土日のみ、週 1回などと記入		氏名・続柄		性別		年齢		介護担当と内容			
		※主介護者								同・別	
		1)						歳			
		2)						歳			
		3)						歳			
		4)						歳			
5)						歳					
健康状態・疾病等											

※「 / / 」は年月日を記入する欄です。

# I 基本情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.2

## 1 現在利用しているサービスの提供機関

注：番号に□のついている項目と太字は、課題ニーズにかかわる重要な項目です。

	業務内容	サービス開始日	機関名	連絡先	備考
1			(担当者： )		
2			(担当者： )		
3			(担当者： )		
4			(担当者： )		
5			(担当者： )		
6			(担当者： )		
7			(担当者： )		
8			(担当者： )		
9			(担当者： )		
10			(担当者： )		

## 2 利用者の生活歴・生活情報・訴え

①生活歴																		
②一日の生活のしかた (過去2～3日の生活リズム)	<table border="1"> <tr> <td>4</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td><td>12</td><td>14</td><td>16</td><td>18</td><td>20</td><td>22</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td> </tr> </table>					4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4
4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4						
③利用者の訴え・生活上の要望	/ /																	
④家族内の関係や要望	/ /																	
⑤生活場所の変更希望	0. 本人は生活場所（自宅・施設・その他）の変更を希望していない 1. 本人は生活場所（自宅・施設・その他）の変更を希望している			/ /	/ /													

## 3 社会保障制度利用・経済

①高額介護サービス・高額療養費等	0. なし 1. あり（具体的に記述： )	/ /	/ /	/ /
②公費負担医療制度等	0. 利用・変更の必要なし（利用制度： ) 1. 利用・変更の必要あり → a. 特定医療 b. 生活保護 c. その他( )			
③経済的負担感	0. なし 1. あり（具体的に記述： )			

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### A. コミュニケーション・視聴覚・認知の状態 (1～3)

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.3

#### 1 コミュニケーション・聴覚

アセスメント日： / / / / / /

① コミュニケーションの表現方法	a. 会 話 b. 筆 談 c. 合図 (サイン)・身振り d. 文字板 (コミュニケーションボード) e. 手話や点字 f. パソコンやワープロ g. その他 (表情・通訳等： )			
② 会話の程度	0. 普通に会話ができる 1. ゆっくりとしているが会話はできる 2. 不鮮明な部分もあるが会話はできる 3. 言い間違いなどが多く会話になっていない・言葉にならない 4. 会話は全くできない			
③ 聴力の程度	0. 普通に聞くことができる 1. 補聴器を使えば普通に聞こえる 2. 大きな声で聞こえるが聞き取りが悪く聞き違えることがある 3. 耳元で、かなり大きな声なら聞こえる 4. 大きな声も聞こえない 5. 聞くことができない (高度の障害も含む) 6. 判断できない (理由： )			
④ 補聴器等の利用の程度	0. 使用の必要がない、適切な用具を使用している 1. 必要だが現在は使用していない 2. とときどき使用している 3. いつも使用している			
⑤ 自分の意思を伝えられる	0. 相手に意思を伝えることができる 1. おおむね意思を伝えることができる 2. (食事やトイレ等) 具体的な欲求のみ伝えられる 3. (ほとんど、または 全く) 意思の伝達はできない			
⑥ 人の話を理解できる	0. 理解できる 1. おおむね理解できる 2. 具体的指示や誘導のみ理解することができる 3. (ほとんど、または 全く) 理解することはできない			
⑦ コミュニケーションや聴力の変化 (過去 60 日間)	0. 改善            1. 変化なし            2. 悪化 ※自己表現や理解、情報を聞く能力が変化したが			

#### 2 視覚・視野

① 視力の程度 <small>※眼鏡など着用した状態で判断して下さい</small>	0. 普通 (新聞の活字全てが読める) 1. 新聞の見出しは読めるが細かい字は読めない 2. 新聞の見出しは読めないが物の動きは追える (1m 位先が見える) 3. ほとんど見えない (明暗・色・形は識別できる) 4. 全く見えない (明暗・色・形の識別ができない) 5. 判断できない (理由： )			
② 視覚障害の状況	a. (食事の片側を残す等) 視野に問題がある b. 光の回りにかさや輪が見える c. 明るさの変化に対応できない d. その他 ( )			
③ 視覚補助具の使用状況	0. 使用の必要がない 1. 必要だが使用していない 2. とときどき使用している 3. いつも使用している ※眼鏡・コンタクトレンズ・眼内レンズ・(レンズ移植)・拡大鏡等の使用状況について判断			

#### 3 認知の状態

① せん妄の兆候・混乱した思考や意識の状況 (過去 7 日間)	a. 集中力が落ちている、注意力散漫 b. 周囲の環境に対する認識が変化しやすい c. 支離滅裂な会話が時々ある d. 運動性の落ち着きの無さや無気力がある e. 認知能力が一日の中で変化する			
② 日常の意思決定を行うための認知能力	0. 首尾一貫して理にかなった判断ができる (自立) 1. 新しい事態に直面した時にいくらか混乱 (限界的な自立) 2. 判断力が弱い、合図や見守りが必要である (中程度の障害) 3. 判断できない・(または) まれにしか判断できない			
③ 認知状態の変化 (過去 60 日間)	0. 改善            1. 変化なし            2. 悪化			

点線……で仕切られた回答欄 (a. b. c. …) には、該当する項目に√を入れる (複数回答)

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団  
B. 身体機能・リハビリテーション

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.4

### 1 日常生活動作の状態

アセスメント日： / / / / / /

<b>①日常生活動作</b> (過去7日間)	0. 自立 1. 観察・誘導 2. 部分的な依存 3. 広範な依存 4. 全面依存で援助あり 5. 全面依存で援助が必要だが援助がない 6. 本動作は行っていない	A. ベッド上での動作	1. 寝返り 2. 起き上がり				
		B. 座位	1. 座る				
		C. 移乗	1. ベッドから車椅子・ポータブルトイレ 2. 車椅子からトイレ・椅子				
		D. 立位	1. 立ち上がり				
		E. 歩行	1. 歩行				
		F. 着衣	1. ボタン掛けはずし等 2. 上着・はんてん等の着脱 3. スポンの上げ下げ 4. 靴下の着脱				
		G. トイレの使用	1. 便器への移動 2. 排泄後の後始末				
		H. 整容	1. 洗顔 2. 整髪 3. 爪を切る 4. 歯を磨く				
		I. 入浴	1. 浴槽への出入り 2. 体を洗う・拭く				
		J. 食事	1. 食べる				
		K. 階段昇降	1. 昇降する (1段でもよい)				

### 2 社会生活動作の状態・精神的意欲

①社会生活動作 (家事動作)	①社会生活動作 (家事動作)	②日常生活における 精神的意欲		①動作	②意欲	①動作	②意欲	①動作	②意欲
<b>②日常生活における 精神的意欲</b>  (いずれも 過去7日間)	0. 自立 1. 観察・誘導 2. 部分的な依存 3. 全面依存で援助あり 4. 全面依存で援助が必要だが援助がない 5. 本動作は行っていない	0. 意欲がある 1. 意欲が低下している 2. 全く意欲がない 3. 判断できない  理由 ( )	A. 食事の用意 (*調理や配膳、後片付けなど)						
			B. 洗濯と整理 (*洗う、干す、洗濯物をたたむ等)						
			C. 部屋の整理 (*寝具の整頓や部屋の清掃)						
			D. 電話の利用 (*自分で電話をかけた、受ける)						
			E. 買い物 (*食べ物や衣類等を自分で選ぶ)						
			F. 交通手段の利用 (*乗り物に乗って移動する)						
			G. 安全の管理 (*戸締り、留守番、火や水の管理等)						
			H. 金銭の管理 (*年金・貯金の管理、集金の対応等)						
			I. 冷暖房の管理 (*機器の操作等)						
			J. 服薬の管理						

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

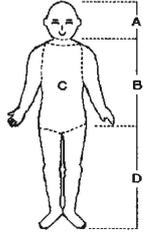
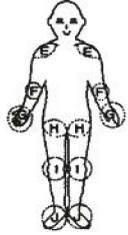
### C. 身体のコントロール

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.5

#### 1 身体のコントロール

アセスメント日： / / / / / /

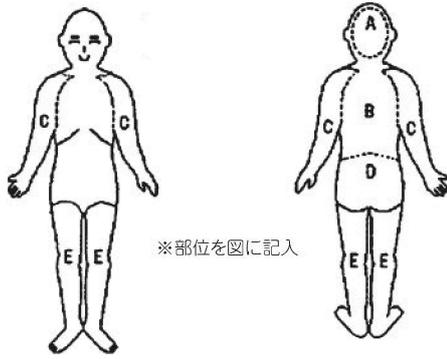
①麻痺 ②拘縮	①麻痺	②拘縮	A. 顔・口・目・頸部 B. 上肢 C. 体幹 D. 下肢 E. 肩関節 F. 肘関節 G. 手指関節 H. 股関節 I. 膝関節 J. 足指関節 K. その他 ( )	麻痺	拘縮	麻痺	拘縮	麻痺	拘縮
	③バランス	0. なし 1. わずかにあり 2. あり 3. 強い ※部位を図に記入 		0. なし 1. わずかにあり 2. あり 3. 強い ※部位を図に記入 	A. はう B. 膝立ち C. 座 位 D. 立 位 E. 歩 行				

#### D. 皮膚の状態と清潔

##### 1 皮膚・清潔

① 皮膚の状態・清潔の状態 (過去7日間)	a. 擦り傷、内出血、創がある			
	b. 痛み、不快等に皮膚が鈍感になっている・体動が少なく同じ場所が圧迫されている			
	c. 湿疹、水疱、ただれ、かぶれがある			
	d. 耳垢、ふけ、皮膚が乾燥、爪がのびている			
	e. 皮膚の清潔が保たれていない (身体が汚れている等)			
	f. おむつ・衣服が汚れている、寝具・介護用品の清潔が保たれていない (交換されていない等)			
	g. その他気がかりな皮膚・清潔の問題がある ( )			

##### 2 褥瘡

① 褥瘡の程度	0. 褥瘡なし 1. 褥瘡あり I. 持続する発赤、熱感、圧痛 II. 水疱・びらん(脂肪組織には達していない) III. 浸出液、くぼみ、ポケット(脂肪層に至る褥瘡) IV. 筋肉・骨に至る褥瘡 ※部位を図に記入 	A. 頭部 B. 背部 (肩甲骨部を含む) C. 上肢 (肩～手) D. 腰部・臀部 (仙骨部を含む) E. 下肢 (大腿～足) F. その他 ( )			

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### E. 排泄のコントロール

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.6

#### 1 排泄のコントロール

アセスメント日： / / / / / /

① 排尿の状態	0. 普通 1. 課題あり →	a. 排尿がない b. 少ない (4回/日以下 又は 500ml以下) c. 頻尿 (11回/日以上)	( 回/日)	( 回/日)	( 回/日)
② 尿意の状況 (過去7日間)	0. 尿意がある 1. 尿意がない				
③ 尿の出かた (過去7日間)	0. 普通に排尿 1. 課題あり →	a. 残尿がある b. 排尿が困難 c. 尿管の中断 d. 排尿時痛い e. その他 ( )			
④ 尿失禁の状況 (過去7日間)	0. 完全にコントロールできる (カテーテル使用している) 1. 通常は失禁しない (週 1回以下) ので介助は不要 2. 時々失禁する (週 2回以上あるが毎日ではない) 3. しばしば失禁する (毎日失禁する傾向だが、若干コントロールが保たれている) 4. 失禁状態 (コントロールできない、毎日頻繁に失禁)				
⑤ 排便の状況 (過去7日間)	0. 普通に排便 1. 課題あり →	a. 便秘 (便が硬く、出にくい) b. 下痢	( 回/日/週/月)	( 回/日/週/月)	( 回/日/週/月)
⑥ 便失禁の状況 (過去7日間)	0. 完全にコントロールできるので介助は不要 (人工肛門含む) 1. 通常は便失禁しない (週 1回以下) ので介助は不要 2. 時々便失禁する (週 2回以上あるが毎日ではない) 3. しばしば便失禁する (毎日便失禁する傾向だが、若干コントロールが保たれている) 4. 便失禁状態 (コントロールできない、毎日頻繁に便失禁)				
⑦ 排便の調整方法	0. 普通に排便 1. 課題あり →	a. 下剤・整腸剤を服用している b. 浣腸を使用している c. 摘便 d. 食事、水分を調整している e. 対処なし			
⑧ 排泄に関わる問題					

### F. 痛みの状態

#### 1 痛みの状態

① 痛みの状態	0. 痛みなし 1. 痛みあり → ※部位を図に記入	I. 少し痛い、しびれる II. 痛い、強くしびれる III. 痛くて我慢できない	A. 顔・口・目・耳・頭・顔・首		
※疼痛性のしびれも含む			B. 体幹 (胸・腹・背部)		
			C. 上肢 (肩～手)		
			D. 腰部・臀部		
			E. 下肢 (大腿～足)		
			F. 関節 ( )		
G. その他 ( )					

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### G. 栄養状態と食べ方の状況

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.7

#### 1 食事

アセスメント日： / / / / / /

① 食事の状態  ※経管栄養の場合は 非該当とする	A. 場所・誰と	0. 皆と一緒に食べる 1. 居室で一人で食べる (理由: ) 2. ベッド上で一人で食べる (理由: )			
	B. 食事の状況	a. 温かい食事がまったくとれない			
		b. 季節感のあるメニューがまったくとれない			
		c. 好みの食事がまったくとれない			
		d. 食事に1時間以上かかる			
	e. その他 ( )				

#### 2 栄養状態・食べ方

① 栄養状態	A. 肥満と痩せ	0. 標準～標準に近い体型 1. 非常に痩せすぎ 2. 非常に肥りすぎ	身長 cm	身長 cm	身長 cm
	B. 過去30日間で5%以上 体重の増加・減少があった	0. ない 1. 増加 2. 減少	体重 kg	体重 kg	体重 kg
	C. 栄養のバランス	0. よい (保たれている) 1. バランスが保たれていない			
② 咀嚼の状況	0. 普通に噛める 1. きざみ食なら噛める 2. 軟食・ペースト状なら噛める 3. 咀嚼できない 4. 胃瘻・腸瘻・経鼻栄養等のため咀嚼していない				
③ えん下の状況	0. 普通に飲める 1. 水はむせるが、軟食は飲める 2. 流動食は時々むせるが飲める 3. 流動食はむせる／誤えんする 4. えん下できない 5. 胃瘻・腸瘻・経鼻栄養等のためえん下していない				
④ 食事療法・制限	0. 食事療法・食事制限は行っていない 1. 食事療法・食事制限を行なっている (内容: )				

#### 3 飲水

① 1日の水分量 (過去7日間)	0. 普通 1. 少ない (1,000ml 未満) 2. 非常に少ない (500ml 未満) * 1日平均水分量。食物・味噌汁・点滴等の水分も含む			
---------------------	--	--	--	--

### H. 歯と口腔の状況

#### 1 歯・口腔

① 歯・口腔内の 状態と病気の 予防 (過去7日間)	a. 入れ歯を持っているが合わない・使わない・自分の歯がない			
	b. 虫歯がある・歯が折れている・ぐらぐらしている			
	c. 歯ぐきや舌の炎症・腫脹・出血・口腔内の膿、発疹等がある			
	d. 食間または寝る前に食べカスが口腔内に存在する			
	e. 1日1回も歯または入れ歯を磨かない・うがいをしない			
	f. 口が渇く、口臭がある			

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### I. 社会生活への参加意欲

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.8

#### 1 社会生活への参加状態

アセスメント日： / / / / / /

① 社会生活の意欲 (過去7日間)	a. 計画された活動に参加しない b. 周囲の人との自然な付き合いがない c. 生活に積極的に参加しない(友人づくり、新しい活動)等			
② 本人の役割 (過去7日間)	a. 孤立感を感じている b. 周囲の人に対して役に立っていないと感じている			
③ 過去の役割への こだわり	a. 過去の役割や地位に対する強い執着を示す b. 失われた役割や地位に対して悲しみ、怒り、空虚感等を表したりする			
④ 自発性・参加意欲 (過去30日間)	0. 改善 1. 変化なし 2. 悪化			
⑤ 趣味・ 生活の楽しみ 具体的内容を 記入する				
⑥ 信仰・宗教 具体的内容を 記入する				

### J. 気分と行動・行動障害・周辺症状

#### 1 気分と行動

① 気分と行動 (喪失感・孤独感等) (過去30日間)	a. 悲しみ、絶望感、無用感、非現実的な恐れ、悲嘆、不安感等の意思表示がある b. 涙ぐむ、感情的なうめぎ、溜息、息切れ等がある c. デイケア、機能訓練等の社会参加を拒否する、興味を持っていたが活動しなくなる d. 健康のことばかりを考えている e. 自殺企図・行為をとる f. 朝早く目覚め、熟睡感がなく不機嫌である			
② 気分の持続性 (過去7日間)	過去7日間で悲しみや不安な気分が続き、日常生活に支障がある	0. いいえ 1. はい		

#### 2 行動障害・周辺症状

① 行動障害・周辺症状 (過去7日間)	0. ない 1. 時々ある 2. 頻回にある	A. 徘徊(目的もなく歩き回る、迷子等) B. 暴言(騒々しい・叫ぶ・大声・奇声)・暴行(脅かす、どなる等) C. 過食・拒食・異食 D. 被害的な訴え E. 幻覚(幻視、幻聴) F. 妄想、作話(作り話) G. 迷惑な音を立てる H. 不潔行為 I. ケアの拒否(介護の抵抗) J. 収集癖 K. 火の不始末・その他(			
------------------------	------------------------------	--	--	--	--

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### K. 対人関係・ケア上の課題

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.9

#### 1 対人関係

アセスメント日： / / / / / /

① 対人関係	a. 介護担当者とうまくいかない、担当者を拒否する			
	b. 介護担当者以外の人とうまくいかない			
	c. 家族や友人とふれあいが少ない、ふれあいを望まない			
	d. 家族や親戚が面会にこない（面会、自宅）			
	e. 家族や友人を最近失う（転居を含む）			

#### 2 ケア上の課題

① ケア上の課題	a. 不審な打撲やけが・殴られたあざ・火傷等がある			
	b. 長時間抑制している・長時間隔離している、人と会わせない、手紙や電話をつながない			
	c. 不衛生な所に放置されている、食事や飲み物を与えられていない、週一度も風呂に入っていない			
	d. 嫌みやののしる・おどかさ・無視等を常時繰り返す			
	e. 本人の年金や現金、貯金、株等を使ってしまう、説明もなく本人に使わせない			
	f. オムツ等を人前で被わずに替える、男女共用の衣服・髪型を強要し自由に選択させない等			
	g. 過度な向精神薬の使用により、日常生活に影響がある			

### L. 認知症の状態

#### 1-① 認知症の状態

判定（評価レベル）		日常生活能力	日常会話・意思疎通	具体的例示	
0	正常	(一)	社会的、家庭的に自立	普通	活発な知的活動持続
		(±)	同上	同上	通常の社会生活と家庭内活動可能
1	異常 衰退	軽度（+1）	・通常家庭内での行動はほぼ自立 ・日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度	・ほぼ普通	・社会的なできごとへの興味や関心が乏しい ・話題が乏しく、かぎられている ・同じことをくり返し話す、たずねる ・いままでできた作業（事務・家事・買い物など）にミスまたは能力低下が目だつ
		中等度（+2）	・知能低下のため、日常生活が一人ではちょっとおぼつかない ・助言や介助が必要	・簡単な日常会話はどうやら可能	・慣れない状況で場所を間違えたり道に迷う ・同じものを何回も買い込む ・金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要
		高度（+3）	・日常生活が一人ではとてもむり ・日常生活の多くに助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない	・簡単な日常会話すらおぼつかない ・意思疎通が乏しく困難	・慣れた状況でも場所を間違え道に迷う ・さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる
4		最高度（+4）	同上	同上	・自分の名前や出生地すら忘れる ・身近な家族と他人の区別もつかない
判定結果				/ / / / / /	

※ 柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」による  
出典：「老年期痴呆」第10巻，87頁～89頁，1996年

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### M. 生活習慣・課題となる兆候

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.10

#### 1 生活習慣

アセスメント日： / / / / / /

① 飲酒	0. 現在飲酒習慣なし 1. 週に1～5日飲んでいる 2. 週に6日～毎日飲んでいる 3. ほぼ毎日飲み、飲酒について注意を受けたり、気がとがめたりしている 4. 現在は飲んでいないが、飲酒について相談したり、自己コントロールしたいと思っている			
② 喫煙	0. 経験なし 1. 喫煙していた ( )本/日 2. 喫煙している ( )本/日			
③ 睡眠	A. 睡眠の程度	0. 普通 1. やや浅い 2. 眠れない		
	B. 睡眠のリズム	a. 昼寝がながい b. 昼夜逆転している		

#### 2 課題となる兆候や症状

① 体温の状況 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → [ ]	a. 発熱がある、発熱をくり返す b. 身体に創がある c. リンパ腺が腫れている d. 寒気・震えがある e. 熱が出やすい環境である f. 膀胱留置カテーテルを使用している g. 体温調節ができない(脳、脊髄疾患等)			
② 呼吸・心臓の状態 (過去7日間)	A. 呼吸・心臓の状態	0. 課題なし 1. 課題あり → [ ]	a. 息切れ・どろき・胸痛 b. 脈がみだれる c. 呼吸困難・起座呼吸 d. 呼吸する時ゼーゼーしている e. その他 ( )		
	B. 咳が出る	0. いいえ 1. はい (状態: )			
	C. 痰が出る	0. いいえ 1. はい (状態: )			
③ 浮腫(むくみ)の状態 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → [ ]	a. むこうずねにある b. 手足の先にある c. 眼瞼や顔にある d. その他にある ( )			
④ 水分喪失 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → [ ]	a. 口が渇く・皮膚がたるむ・元気がない b. よく吐く c. 尿の量が急増している d. 普段より多く汗をかいている e. 出血が続いている f. 30℃以上の部屋に長時間いる g. 塩分の過剰摂取 h. その他 ( )			
⑤ 出血 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → [ ]	a. まっ黒の便が出る b. 排便の時血が混じる c. 血を吐く d. 痰に血が混じる e. 尿が赤い f. 出血を伴うおりものがある g. その他 ( )			
⑥ めまい	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. めまいがする b. 意識喪失(失神)をおこすことがある			
⑦ 転倒事故・骨折 (過去90日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. 転倒事故(30日以内) b. 大腿骨の骨折(90日以内) c. それ以外の骨折(90日以内)			

#### 3 状態の安定性

① 心身状態の総合的な安定性 (過去30日間)	a. 気分・ADL(日常生活動作)・認知症の状態・症状などが不安定になりやすい b. 病状が急変したり、再発したり、または病状悪化の可能性がある c. 相談・受診・治療を受けておらず健康状態や症状の確認・診察が必要である			
----------------------------	--	--	--	--

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### N. 治療の状況

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.11

#### 1 既往歴・主副傷病名

	番号 ※別途・傷病名の 分類表を参照	病名	発症時期	備考
①既往歴				
②主・副傷病名				
③症状・経過 治療の状況				
④医療的管理の 必要性の検討 (主治医の意見含む)	1. (訪問)診療 2. (訪問)看護 3. (訪問)リハビリテーション 4. (訪問)歯科診療 5. (訪問)薬剤指導 6. (訪問)栄養指導 7. その他 ( )		/ /	/ /

#### 2 特別な治療・ケア

アセスメント日: / / / / / /

① 特別な 治療・ケア  何か特別な治療を されていますか? (過去30日間)	A. 呼吸	a. 吸入			
		b. 吸引			
		c. 気管切開部のケア			
		d. (在宅)酸素療法			
		e. (在宅)人工呼吸療法			
	B. 栄養	a. 末梢静脈注射による与薬・点滴			
		b. 中心静脈による栄養			
		c. 経鼻経管栄養			
		d. 胃瘻・腸瘻による栄養			
		e. インシュリン注射			
	C. 排泄	a. 透析 (携行式腹膜灌流を含む)			
		b. 膀胱留置カテーテル・腎カテーテル			
		c. 膀胱洗浄			
		d. 人工肛門・人工膀胱			
		e. 導尿			
	D. その他	a. 褥瘡のケア			
b. 疼痛のケア					
c. モニター測定					
d. その他 (創傷処置など )					

#### 1 使用薬の状況

#### O. 薬・使用薬の状況

①使っている薬  右記の薬を使 っていますか? ※服薬、注射、 塗布剤含む (過去7日間)	a. 抗 菌 薬:			
	b. ステロイド薬:			
	c. 抗 がん 薬:			
	d. 向 精 神 薬:			
	e. 降 圧 薬:			
	f. 鎮 痛 薬:			
	g. 睡 眠 薬:			
	h. そ の 他:			
②薬の飲み方の 状況	a. 薬の飲み残しがある			
	b. 薬の量を指示より多く飲んでいる			
	c. 定時服用していない			
	d. 服用方法・時間・量が理解できていない			
	e. 拘縮・変形・えん下困難等で薬が飲めない			
	f. 薬の飲みかたを自分で調整している			
	g. 複数の薬の飲みあわせについて説明を受けていない			
	h. その他の理由で薬が飲めない ( )			

Memo

# Ⅲ ターミナルケア情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.12

## 1 ターミナル期

アセスメント日： / / / / / /

① ターミナルの判断	A. ターミナル期である	0. いいえ			
		1. はい			

「1. はい」の場合のみ、次項へ進む

② 死期が近づいている徴候	0. なし	a. 傾眠・意識不明瞭 b. 徐脈 (50回/分以下) c. 徐呼吸 (8回/分以下) d. 呼吸困難 e. 体温低下 (35℃以下) f. 乏尿 (500ml 以下/日) g. 食事や水分がとれない状態が続いている h. その他 ( )					
	1. あり						
③ ターミナル期を過ごす場所 (本人・家族)	0. 考えていない 1. 入院・入所施設 2. ホスピス・緩和施設 3. 在宅 4. 不明	本人	家族	本人	家族	本人	家族
④ 死への受容 (本人・家族)	0. できている 1. できていない 2. 不明						

※ ターミナル期とは、あらゆる治療をしても治癒に導くことが出来ない状態  
 ターミナル期の判断は医師によってなされ、ターミナル期間は死亡前3～6ヶ月以内で、ターミナルケアは看護師によってなされるよう連携を図る

Memo

# IV 家族介護・家事の情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.13

## 1 家族介護の状況

アセスメント日： / / / / / /

①主介護者の同居	0. 同居 1. 別居			
②主介護者またはキーパーソンの有無 ※家族について記入	0. 介護者・キーパーソンの双方がいる 1. 主介護者のみいる 2. 主介護者がキーパーソンを兼ねている 3. キーパーソンのみいる 4. 双方ともいない			

主介護者／キーパーソンがいる場合（上記回答0.1.2.3）のみ次項に進む

③介護者の就労状況	0. 無職（介護に関係なく無職） 1. パートタイム就労 2. 介護のために退職した 3. 1日8時間以上の勤務（会社員・自営業・農林漁等）			
④介護の負担感	0. なし 1. あり	a. 疲れている、睡眠時間が取れない b. 健康に不安がある、体調が悪い c. 精神的なゆとりがない、不安やイライラがある d. 相談相手がない e. 外出する時間がない、家族との時間・自分の時間がもてない f. 対象者との関係がうまくいかない g. その他（ ）		
⑤介護者の知識・技術	0. よく理解し、よく応用する 1. 理解し、多少応用する 2. 少し理解できるが応用しない 3. ほとんどわからない			
⑥介護の受容	0. 介護を受容し積極的に解決行動がとれる 1. 介護を受容・対応する努力をしている 2. 介護が受容できず、不満を漏らしたり、批判をしている 3. 介護が受容できず、怒り・否認・抑うつ・混乱状態にある			
⑦介護の状況	0. できている 1. やや不十分 2. 介護は不可能			
⑧介護継続の意思	0. 自宅でこのまま介護継続を希望（新たな社会資源の希望なし） 1. さらに社会資源を利用して在宅介護を希望 2. 施設への入所・入院を希望 3. 他の家族等の家での介護を希望			

## 2 家事負担の状況

家族全体の ① 家事の状況 ② 家事の負担感 ※具体的な家事担当者を明示したい場合は下のMemoに記入	① 家事の状況	② 家事の負担感	①状況	②負担	①状況	②負担	①状況	②負担
		0. できている 1. 不十分 2. できていない	0. 負担はない 1. 負担あり 2. 負担大	A. 調理 B. 日用品の買い物 C. 寝具・住まいの掃除、整理 D. 洗濯・衣類の整理 E. その他（代行等） （ ）				
③ 夜間・休日時ケアの必要	0. 必要としない／希望しない 1. 希望する	a. 夜間の定時・巡回訪問 b. 夜間の連絡や相談 c. 休日の連絡、臨時対応 d. 不安時の相談 e. その他（ ）						
	〔 夜間・休日ケアに対する 家族の意見 〕							

Memo（主介護者に関する情報等）





① 課題・ニーズ領域選定表 (Step1-2)

年 月 日 (第 回目)

©公益財団法人 日本訪問看護財団

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
		コミュニケーション・聴覚障害に関する検討	視覚障害に関する検討	せん妄状態に関する検討	認知症に関する検討	ADL・ADLの低下・リハビリテーションに関する検討	転倒の危険性に関する検討	日常生活用具・居住環境に関する検討	孤立・生活意欲低下に関する検討(生活の活性化)	気分落ち込み・憂うつ・情緒不安定に関する検討	行動障害・周辺症状に関する検討	役割遂行に関する検討	対人関係に関する検討(望ましい人間関係)	食事・栄養状態に関する検討	脱水状態・水分補給に関する検討	歯・口腔ケアに関する検討	排泄ケア・コントロールに関する検討	課題となる兆候・病状の安定性に関する検討	健康管理・セルフケアに関する検討	睡眠に関する検討	皮膚・清潔ケアに関する検討	痛みのコントロールに関する検討	薬の管理・服薬に関する検討	呼吸・心臓機能の変調に関する検討	感染・発熱の兆候に関する検討	医療的処置や器材に関する検討	家族介護力・家族機能に関する検討	家事に関する検討	経済・制度利用の選択や変更・拡大に関する検討	ターミナル期に関する検討				
アセスメント票番号・項目		判断・コード番号																																
		ここに表記された数字・アルファベットがいずれか1つでも該当する時、右欄の○印を全て●印にする																																
II. 生活療養情報		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
M 生活習慣・課題の兆候	1-①飲酒	2.3.4.																	○															
	-③A 睡眠の程度	1.2.																	○															
	-③B 睡眠のリズム	b.																	○															
	2-①体温の状況	1.(a.b.c.d.e.f.g.)														○									○									
	-②呼吸・心臓の状態	1.(a.b.c.d.e.)																	○						○									
	-③浮腫(むくみ)	1.(a.b.c.d.)																							○									
	-④水分喪失	1.(a.b.c.d.e.f.g.h.)																								○								
	-⑤出血	1.(a.b.c.d.e.f.g.)																									○							
	-⑥めまい	1.(a.b.)																																
	-⑦転倒事故・骨折	1.(a.b.c.)						○																										
3-①心身状態の総合的な安定性	a.b.c.						○												○	○														
N 治療の状況	1-②主・副傷病名(心疾患)	2.3.4.8.9.																							○									
	-②主・副傷病名(呼吸器)	21.22.23.24.																							○									
	-②主・副傷病名(アルコール性精神)	103.			○																													
	-②主・副傷病名(感染症)	111.112.113. 114.115.116. 117.118.																									○							
	-②主・副傷病名(白内障・緑内障)	121.		○																														
	-②主・副傷病名(末期症状)	123.																															○	
	2-①(特別な治療ケア・A呼吸)	a.b.c.d.e.																					○			○	○							
	-①(特別な治療ケア・B栄養)	a.b.c.d.e.																									○	○						
	-①(特別な治療ケア・C排泄)	a.b.c.d.e.																					○				○	○						
	O 状況薬の	1-①使っている薬(抗がん薬)	c.																		○				○									
-①使っている薬(向精神薬)		d.			○					○														○										
-①使っている薬(鎮痛薬)		f.																						○										
-①使っている薬(睡眠薬)		g.																							○									
-②薬の飲み方の状況		a.b.c.d.e.f.g.h.																								○								
III. ターミナル情報		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
ターミナルケア	1-①ターミナル期の判断	1.																															○	
	2-①死期が近づいている徴候	1.(a.b.c.d.e.f.g. h.)がいずれ が3項目以上 該当のとき																															○	
	-③死への受容(本人・家族)	1.2.																															○	
IV. 家族介護・家事の情報		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
家族介護の状況・家事負担	1-①主介護者の同居	1.																															○	
	-②主介護者またはキーパーソンの有無	3.4.																															○	
	-③介護者の就労状況	2.																																○
	-③介護者の就労状況	3.																																○
	-④介護者の負担感	1.(a.b.c.d.e.f.g.)																																○
	-⑤介護者の知識・技術	2.3.																																○
	-⑥介護の受容	2.3.																																○
	-⑥介護継続の意思	1.2.3.																																○
	2-①家事の状況(A~E1つでも)	2.																																○
	-②家事の負担度(A~E1つでも)	1.2.																																○
-③夜間休日時ケアの希望	1.(a.b.c.d.e.)																																○	
V. 社会資源導入情報		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
社会資源導入	1-①住宅改修の必要	②(a.b.c.d.e.f.)						○																										
	2-①生活用具(「必要」の場合)	A.B.C.D.E.F.G.H.						○																										
	3-①介護保険サービス(「必要」の場合)	1.2.3.4.5.6.7. 8.9.10.11.12.13.																																○
	介護保険外サービス(「必要」の場合)	1.2.3.4.5.6.																															○	

## アセスメント票記入時参考資料（1）

表1 「家族世代関係図」記入の取り決め

<p>□ = 男性      ↗ □ = 利用者本人（男性）</p> <p>○ = 女性      ↗ ○ = 利用者本人（女性）</p> <p>□ ——— ○ = 結婚、相互関係を示す線</p> <p>□ ——— ○ = 内縁関係</p> <p>□ ——— ○ = 関係のひどい葛藤を示す揺れ動く線</p> <p>□ ——— ○ = 二人の人間関係が肉体的、感情的、あるいはどちらか一方の切り離し状態</p> <p>□ ——— ○ = 離婚</p> <p>————— = 特別な関係、あるいはお気に入りの子供を示す線</p> <p>◇ = 性別不明</p> <p>■ or ● = 死亡した人</p> <p>養子は [□] [○]</p> <p>※親子関係は左端から第1子とする</p> <p>※年齢、名前、職業、健康状態も必要に応じて記入する</p> <p>※同居している者を実線で囲む</p>	<p style="text-align: center;">例1) 基本的な3世代の記入図</p> <div style="text-align: center;"> </div>
---	---

## アセスメント票記入時参考資料 (2)

表2 傷病名の分類

(出典：社会保険表章用疾病分類)

傷病名	大分類	傷病名	大分類
I 感染症及び寄生虫症	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 腸管感染症</li> <li>2. 結核</li> <li>3. 主として性的伝播様式をとる感染症</li> <li>4. 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患</li> <li>5. ウイルス性肝炎</li> <li>6. その他のウイルス性疾患</li> <li>7. 真菌症</li> <li>8. 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症</li> <li>9. その他の感染症及び寄生虫症</li> </ol>	XI 消化器系の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. う蝕</li> <li>2. 歯肉炎及び歯周疾患</li> <li>3. その他の歯及び歯の支持組織の障害</li> <li>4. 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍</li> <li>5. 胃炎及び十二指腸炎</li> <li>6. 痔核</li> <li>7. アルコール性肝炎</li> <li>8. 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)</li> <li>9. 肝硬変 (アルコール性のものを除く)</li> <li>10. その他の肝疾患</li> <li>11. 胆石症及び胆のう炎</li> <li>12. 膵疾患</li> <li>13. その他の消化器系の疾患</li> </ol>
II 新生物<腫瘍>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 胃の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>2. 結腸の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>3. 直腸 S 状結腸移行部及び直腸の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>4. 肝及び肝内胆管の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>5. 気管、気管支及び肺の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>6. 乳房の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>7. 子宮の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>8. 悪性リンパ腫</li> <li>9. 白血病</li> <li>10. その他の悪性新生物&lt;腫瘍&gt;</li> <li>11. 良性新生物&lt;腫瘍&gt;及びその他の新生物&lt;腫瘍&gt;</li> </ol>	XII 皮膚及び皮下組織の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 皮膚及び皮下組織の感染症</li> <li>2. 皮膚炎及び湿疹</li> <li>3. その他の皮膚及び皮下組織の疾患</li> </ol>
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 貧血</li> <li>2. その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</li> </ol>	XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 炎症性多発性関節障害</li> <li>2. 関節症</li> <li>3. 脊椎障害 (脊椎症を含む)</li> <li>4. 椎間板障害</li> <li>5. 頸腕症候群</li> <li>6. 腰痛症及び坐骨神経痛</li> <li>7. その他の脊柱障害</li> <li>8. 肩の傷害&lt;損傷&gt;</li> <li>9. 骨の密度及び構造の障害</li> <li>10. その他の筋骨格系及び結合組織の疾患</li> </ol>
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 甲状腺障害</li> <li>2. 糖尿病</li> <li>3. 脂質異常症</li> <li>4. その他の内分泌、栄養及び代謝疾患</li> </ol>	XIV 腎尿路生殖器系の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患</li> <li>2. 腎不全</li> <li>3. 尿路結石症</li> <li>4. その他の腎尿路系の疾患</li> <li>5. 前立腺肥大 (症)</li> <li>6. その他の男性生殖器の疾患</li> <li>7. 月経障害及び閉経周辺期障害</li> <li>8. 乳房及びその他の女性生殖器の疾患</li> </ol>
V 精神及び行動の障害	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 血管性及び詳細不明の認知症</li> <li>2. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害</li> <li>3. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害</li> <li>4. 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む)</li> <li>5. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害</li> <li>6. 知的障害&lt;精神遅滞&gt;</li> <li>7. その他の精神及び行動の障害</li> </ol>	XV 妊娠、分娩及び産じょく	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 流産</li> <li>2. 妊娠高血圧症候群</li> <li>3. 単胎自然分娩</li> <li>4. その他の妊娠、分娩及び産じょく</li> </ol>
VI 神経系の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. パーキンソン病</li> <li>2. アルツハイマー病</li> <li>3. てんかん</li> <li>4. 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群</li> <li>5. 自律神経系の障害</li> <li>6. その他の神経系の疾患</li> </ol>	XVI 周産期に発生した病態	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 妊娠及び胎児発育に関連する障害</li> <li>2. その他の周産期に発生した病態</li> </ol>
VII 眼及び付属器の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結膜炎</li> <li>2. 白内障</li> <li>3. 屈折及び調節の障害</li> <li>4. その他の眼及び付属器の疾患</li> </ol>	XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 心臓の先天奇形</li> <li>2. その他の先天奇形、変形及び染色体異常</li> </ol>
VIII 耳及び乳様突起の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 外耳炎</li> <li>2. その他の外耳疾患</li> <li>3. 中耳炎</li> <li>4. その他の中耳及び乳様突起の疾患</li> <li>5. メニエール病</li> <li>6. その他の内耳疾患</li> <li>7. その他の耳疾患</li> </ol>	XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの</li> </ol>
IX 循環器系の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 高血圧性疾患</li> <li>2. 虚血性心疾患</li> <li>3. その他の心疾患</li> <li>4. くも膜下出血</li> <li>5. 脳内出血</li> <li>6. 脳梗塞</li> <li>7. 脳動脈硬化 (症)</li> <li>8. その他の脳血管疾患</li> <li>9. 動脈硬化 (症)</li> <li>10. 低血圧 (症)</li> <li>11. その他の循環器系の疾患</li> </ol>	XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 骨折</li> <li>2. 頭蓋内損傷及び内臓の損傷</li> <li>3. 熱傷及び腐食</li> <li>4. 中毒</li> <li>5. その他の損傷及びその他の外因の影響</li> </ol>
X 呼吸器系の疾患	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性鼻咽頭炎 [かぜ] &lt;感冒&gt;</li> <li>2. 急性咽喉炎及び急性扁桃炎</li> <li>3. その他の急性上気道感染症</li> <li>4. 肺炎</li> <li>5. 急性気管支炎及び急性細気管支炎</li> <li>6. アレルギー性鼻炎</li> <li>7. 慢性副鼻腔炎</li> <li>8. 急性又は慢性と明示されない気管支炎</li> <li>9. 慢性閉塞性肺疾患</li> <li>10. 喘息</li> <li>11. その他の呼吸器系の疾患</li> </ol>	XXI 特殊目的用コード	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 重症急性呼吸器症候群 [SARS]</li> <li>2. その他の特殊目的用コード</li> </ol>

(注) 備考の「総務省告示」は「総務省告示第35号 (平成27年2月13日)」である。

## ②ケアプラン作成検討表 (Step2-1)

©公益財団法人 日本訪問看護財団

ご利用者No.	チェック No.	作成 年月日	記入者 氏名	ご利用者 氏名	様
---------	-------------	-----------	-----------	------------	---

課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	ケア プラン 有無	ケアの 優先 順位	課題の根拠・情報の所在 (アセスメント情報から当てはまる項目 のみをそのまま記入)	ケアプラン検討の必要性と その理由・意見
1. コミュニケーション ・聴覚障害に関わる 検討				
2. 視覚障害に関わる 検討				
3. せん妄状態に関わる 検討				
4. 認知症に関わる検討				
5. ADL・IADLの低下、 リハビリテーション に関わる検討				
6. 転倒の危険性に関わ る検討				
7. 日常生活用具・居住 環境に関わる検討 <input checked="" type="checkbox"/>				
8. 孤立・生活意欲低下 に関わる検討 (生活の活性化)				
9. 気分の落ち込み・憂 うつ・情緒不安定に 関わる検討				
10. 行動障害・周辺症状 に関わる検討				
11. 役割遂行に関わる 検討				
12. 対人関係に関わる 検討 (望ましい人間関係)				
13. 食事・栄養状態に 関わる検討				
14. 脱水状態・水分補給 に関わる検討				

## ②ケアプラン作成検討表 (Step2-2)

©公益財団法人 日本訪問看護財団

課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	ケア プラン 有無	ケアの 優先 順位	課題の根拠・情報の所在 (アセスメント情報から当てはまる項目 のみをそのまま記入)	ケアプラン検討の必要性と その理由・意見
15. 歯・口腔ケアに関わる検討				
16. 排泄ケア・コントロールに関わる検討				
17. 問題の兆候・病状の安定性に関わる検討				
18. 健康管理・セルフケアに関わる検討				
19. 睡眠に関わる検討				
20. 皮膚・清潔ケアに関わる検討				
21. 痛みのコントロールに関わる検討				
22. 虐待予防に関わる検討				
23. 薬の管理・服薬に関わる検討				
24. 呼吸・心臓機能の変調に関わる検討				
25. 感染・発熱の兆候に関わる検討				
26. 医療的処置や器材に関わる検討				
27. 家族介護力・家族機能に関わる検討 <input checked="" type="checkbox"/>				
28. 家事に関わる検討 <input checked="" type="checkbox"/>				
29. 経済・制度利用の選択や変更・拡大に関わる検討				
30. ターミナル期に関わる検討				







# 居宅サービス計画書 (2)

(Step 3-2)

ご利用者No.		ご利用者名		様 印		記入者名		作成年月日		年 月 日		
ケア 優先 順位	生活全般の解決す べき課題 (ニーズ)	援助目標		援助内容								
		長期の目標 (期間)	短期の目標 (期間)	サービス内容 (ケア項目)	保険の 適否 ※1	サービス種別と事業所	担当 職種	頻度	期間			

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

# 居宅サービス計画書 (2)

(Step 3-2)

ご利用者No.		ご利用者名		様 印	記入者名	作成年月日		年	月	日
ケア 優先 順位	生活全般の解決す べき課題 (ニーズ)	援助目標		サービス内容 (ケア項目)	サービスの種別と事業所	担当 職種	頻度	期間	援助内容	
		長期の目標 (期間)	短期の目標 (期間)						保険の 適否 ※1	

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

# 週間サービス計画書

(Step 3-3)

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様 印

担当者名 \_\_\_\_\_

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動・行動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								

週単位以外のサービス	
------------	--

(注) 「日課計画表」との選定による使用可。

# 週間サービス計画書

(Step 3-3)

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様 印

担当者名 \_\_\_\_\_

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動・行動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

(注) 「日課計画表」との選定による使用可。





# 日課計画表

(Step 3-4)

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様 印 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

作成年月日

年 月 日

	主な日常生活上の共通サービス	担当者	主な日常生活上の個別サービス	担当者	備考
4:00					共通サービス
深夜					
6:00					
早朝					
8:00					
午					
10:00					
前					
12:00					
午					
14:00					
後					
16:00					
18:00					
夜					
20:00					
間					
22:00					
24:00					
深					
夜					
2:00					
4:00					
随時実施するサービス					

その他のサービス	
----------	--

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。

# 日課計画表

(Step 3-4)

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様 印

担当者名 \_\_\_\_\_

作成年月日

年 月 日

	主な日常生活上の共通サービス	担当者	主な日常生活上の個別サービス	担当者	備考
4:00					共通サービス
深夜					
6:00					
早朝					
8:00					
午					
前					
10:00					
12:00					
午					
14:00					
後					
16:00					
18:00					
夜					
20:00					
間					
22:00					
24:00					
深夜					
2:00					
4:00					
随時実施するサービス					

その他のサービス \_\_\_\_\_

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。

# サービス担当者会議の要点

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 \_\_\_\_\_

開催日	年	月	日	開催場所	開催時間	開催回数
会議出席者				氏名	所属（職種）	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題						
						(次の開催時期)

# サービス担当者会議の要点

ご利用者名

様

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名

開催日	年	月	日	開催場所	開催時間	開催回数
会議出席者						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題						

(次回の開催時期)

# サービス担当者に対する照会(依頼)内容

ご利用者名

様

居宅サービス計画作成者 (照会者) 氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

# サービス担当者に対する照会(依頼)内容

ご利用者名

様

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。





# モニタリングと評価

ご利用者No.		ご利用者名		様 担当者名				
ケア 項目 番号	モニタ リング 実施日	1. ケア実施状況 (実施内容・トラブル状況)	2. 利用者・家族の満足度・意見 (回数、内容、従事者、職種等) (1. 非常に満足 2. 満足 4. わからない) (3. 不満)	3. プラン修正の必要性 とその理由 (1. あり 2. なし)	4. ケア終了の判断と理由 (1. 終了 2. 継続)	評価 実施日	1. 短期目標の内容 (番号のみでも可)	2. 短期目標の達成度と評価 (1. 達成した 2. 達成しない) (3. 判断できない)
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3

# モニタリングと評価

ご利用者No.	ご利用者名	様	担当者名				
ケア 項目 番号	1. ケア実施状況 (実施内容・トラブル状況)	2. 利用者・家族の満足度・意見 (回数、内容、従事者、職種等) 〔1. 非常に満足 2. 満足 3. 不満 4. わからない〕	3. プラン修正の必要性 とその理由 (1. あり 2. なし)	4. ケア終了の判断と理由 (1. 終了 2. 継続)	評価 実施日	1. 短期目標の内容 (番号のみでも可)	2. 短期目標の達成度と評価 (1. 達成した 2. 達成しない) (3. 判断できない)
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3

# サマリーと総合評価

ご利用者 No.	ご利用者名	担当者名
終了年月日	年 月 日	年 月 日
参加者氏名		
サマリーと評価内容		

**情報活用欄**（保険情報等貼付可能）