

中 津 市 トータルケア アセスメントシート 手 引 き



中津市在宅医療介護連携推進協議会

Ver1(2020.3.9)

目次

P1	表紙
P2	目次
P3	目的、取り扱いなど
P4	個人情報の取扱い、トータルケアアセスメントシートの使用範囲について
P5	トータルアセスメントシート1の使い方 ～用語説明、入力の方法と基準～
P11	トータルアセスメントシート2の使い方 ～用語説明、入力の方法と基準～
P15	トータルアセスメントシート3の使い方 ～用語説明、入力の方法と基準～
P16	トータルアセスメントシート4の使い方 ～用語説明、入力の方法と基準～
P18	トータルアセスメントシート5の使い方 ～用語説明、入力の方法と基準～
P20	トータルアセスメントシート1簡易版
P21	トータルアセスメントシート2簡易版
P22	トータルアセスメントシート3簡易版
P23	トータルアセスメントシート4簡易版
P24	トータルアセスメントシート5簡易版

中津市トータルケアアセスメントシートの手引きの目的と概要について

<目的>

- 1.トータルケアアセスメントシートは中津市在宅医療介護連携推進協議会の中で策定され、医療と介護の有機的で効率的な連携を図り、ご利用者の尊厳を保持し、自立を促進する。
- 2.在宅医療・介護連携の対象者の生活状況、心身状況等を把握、課題分析とその解決の方向性について一連の流れを多職種により把握・共有・検討して対象者の自立に資するツール（「トータルケアアセスメントシート」）（以下、TCAと略す。）を開発し、中津市内の在宅医療介護連携の場面等において運用する。

<概要>

TCAは多職種による対象者本人の心身状況や生活状況を把握・分析し、在宅医療介護連携における医療及び介護資源が対象者に合った形で提供されているかを検討する。そして対象者に不足している支援等を検討・追加していく。

<特徴>

- 1) 介護保険制度の標準課題分析23項目を網羅
- 2) 生活機能評価表を網羅
- 3) 課題整理総括表の要素を導入し、同時に課題整理総括表と連動
- 4) 入退院時情報提供シートと連動
- 5) 特定の項目に入力するとレーダーチャートにて不足している医療介護等の社会資源や課題などが見える化されることで、取り組むべきことがわかりやすくなる
- 6) 各分野の専門職が担当項目を入力することで情報が具体的に鮮明化され、それがTCAの機能により統合化される
- 7) 地域ケア会議、軽度福祉用具貸与、ショートステイの超過申請、生活援助等にも対応
(介護保険の必要書類の一部)
- 8) サービスや支援の必要性の根拠を明確にし、適切な支援とする

<対象者>

1. 要支援者
2. 要介護者
3. 総合事業対象者
4. その他在宅医療介護連携が必要な者（医師、訪問看護師、介護支援専門員のいずれかの判断による）

<注意点>

TCAのエクセルシートは各種関数を入れており、以下の点に注意してください。

1. エクセルの行および列を挿入しない。
2. エクセルの行および列を削除しない。
3. 記入スペースが不足する場合は行の幅を拡大する。もしくは文字フォントを小さくする。

<TCAの色の意味付け>

灰色・・・大項目及び中項目の見出し
濃い黄色・・・入退院時連携シートに連動
ピンク色・・・レーダーチャートの分析項目
生活機能評価の事前評価
薄い水色・・・改善可能性
⇒生活機能評価の事後評価
課題
⇒課題整理総括表の阻害要因の
目安

薄い黄色・・・医師及び医療機関
濃い緑色・・・歯科医師及び歯科医療機関
ベージュ色・・・薬剤師及び薬局
黄緑色・・・看護職
水色・・・リハビリ
薄紫色・・・栄養士

個人情報の取扱い

1. 個人情報の取扱いの方法

個人情報については、次に掲げる法令、指針、指導に基づき取扱いを行います。

- ・ 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）その他個人情報保護関係法令
- ・ 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）（平成28年個人情報保護委員会告示第6号）
- ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日個人情報保護委員会・厚生労働省）

また、外部と個人情報を交換する場合には、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版（平成29年厚生労働省・ただし、更新された場合においては最新版のもの）に基づく安全管理措置を講ずるものとします。

2. TCAシートの使用範囲、許諾について

中津市在宅医療介護連携推進事業において作成された「TCAシート」は中津市内の在宅医療介護連携等の場面で使用されます。

このTCAシートは多くの方々に使っていただきたく市内市外の方々に限らずご自由にご利用ください。

但し、使用中に起こったデータの喪失などについての責任は一切負いません。ご使用希望の方は中津市ホームページよりダウンロードしてください。

トータルケアアセスメントシートNO.1

※シートNo.1は基本情報の要となるシートです。課題整理総括表、入院時情報提供シート、退院時情報提供シートに反映します。基本的な入力が必要ですが、多職種連携にとって重要となる、本人や家族の主訴・意向など必ず記載するようにします。

✿書き方のポイント✿

【受付日】

受付した日を記載。

【受付方法】

電話、訪問、来所、その他のいずれかにし点を入れる。訪問は基本的に居宅をさします。入院中や薬局等での受付は、その他を選択。（ ）にフォントサイズを小さくして記載。

【受付対応者】

受付した方の名前を記載。職種をCM、医師、歯科医師、看護職、PT、OT、ST、栄養士、歯科衛生士、社会福祉士、MSW、PSW、介護福祉士、ヘルパー、その他から選択。

【所属名】

所属する事業所名、病院名、薬局名等記載。

【アセス日】

アセスメント（当該課題分析）をした日を記載。

【面接方法】

居宅訪問、その他のいずれかにし点を入れる。有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅入居者は、そこが居住地としてみなすのであれば、居宅訪問を選択。入院中のように居宅以外は、その他を選択。（ ）にフォントサイズを小さくして記載。

【ケアマネジャー】

当該ケアプラン作成者及びケアマネジャーの氏名を記載。

【所属名】

当該ケアプラン作成者及びケアマネジャーの所属する事業所名を記載。

【相談内容 主訴・意向】

【本人】 当該利用者の主訴・意向をなるべく本人の言った言葉で具体的に記載。

【家族】 当該利用者の家族や関係者の意向を記載。関係者の場合は、どういった関係なのかも記載。

【受付対応者】
職種を選択

トータルケアアセスメントシートNO1			
受付日	平成 31 年 2 月 25 日	受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他()
受付対応者	大久保利通	所属名	天文館
アセス日	平成 31 年 3 月 8 日	面接方法	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅訪問 <input type="checkbox"/> その他()
ケアマネジャー	西郷隆盛	所属名	龜山社中
相談内容	【本人】 病気があってひとりで歩けるようになりたい。	【家族】	お母さんにご迷惑を被りたくないので対応に苦慮しています。介護負担が軽くなるように時々ショートスティを利用してほしい。

【本人】
なるべく本人の言った言葉で記載

【家族】
どういった関係なのかも記載

～対象者基本情報～

【利用者名（フリガナ）】

当該利用者名とふりがなを記載。漢字が出ない場合は常用漢字で表記し、それでも見つからない場合は○で表記する。ふりがなは、自動表記。自動表記されない場合は、（ふりがな）の横に入力。

【性別】

男、女のいずれかにレ点を入れる。

【生年月日】 【年齢】

当該利用者の生年月日を入れると、年齢が自動表記される。

【課題分析理由】

当該課題分析（アセスメント）の理由について記載。

初回、更新、区変（区分変更）、その他のいずれかにレ点を入れる。入院時や退院時はその他を選択。

【住所】

当該利用者の住所を記載。在宅、施設のいずれかにレ点を入れる。入退院時情報提供シートに反映。

【電話番号】

2段に分けて記入可能。固定、携帯電話等、連絡のつく連絡先を記載。上段固定、下段携帯。ハイフン（-）なしで入力すると、ハイフンが自動入力される。

【医療保険】

後期（後期高齢者医療）、国保（国民健康保険）、社保（健康保険）、その他（共済組合、船員保険等）のいずれかに、レ点を入れる。

【介護保険】

【被保険者番号】 被保険者証に記載された数字を転記。

【介護度】 被保険者証に記載された内容を事業対象者、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のいずれかにレ点を入れる。

【認定有効期間】 被保険者証に記載された認定有効期間を転記。元号は手入力。

【保険者】

被保険者証に記載された保険者を転記。

【利用者名（フリガナ）】
フリガナが、自動表記されない場合は、（フリガナ）の横に記載

利用者名（フリガナ） カスサ シンサツ 高杉 晋作	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 S 15 年 3 月 16 日	年齢 79 歳	課題分析理由 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> その他
【住所】 中津市豊田町100-100	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	【電話番号】 0979-23-1111 090-1111-1111	医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

【電話番号】
上段：固定電話
下段：携帯電話

【高齢者日常生活自立度】

下記の表を参照し、自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2より選択。

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1.交通機関等を利用して外出する 2.隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1.介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2.外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1.車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2.介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1.自力で寝返りをうつ 2.自力では寝返りもうてない

※判定にあたっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

【認知症生活自立度】

下記の表を参照し、自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Mより選択。

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
Ⅱ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態がみられる	着替、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態がみられる	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

【負担割合】

介護保険負担割合証に記載された負担割合を1割、2割、3割から選択。

【身体障害者手帳等】

障害者手帳（身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳）の種類、等級を記載。
枠が足りない場合は、No.1シート最下段の「利用中のサービス」の「特記」に記載。

【難病申請】

指定難病患者への医療費助成制度の申請の有無、医療受給者証交付の有無を記載。

【生計中心者】

当該利用者の生計を主として維持する者を記載。

例：本人、夫、長男、長女等

【収入】

【年金】 年金の有無についてレ点を入れる。年金の種類とおおよその月額収入を記載。

【その他】 年金以外の定期的な収入があればレ点を入れる。その内容を記載。家賃収入等記載。

【生活保護】 当該利用者が生活保護受給している場合レ点を入れる。

【課題】

経済について、支援が必要な場合等、課題がある時は○を入れる。レーダーチャートに反映。

【家族情報】

【同居家族】 有無のいずれかにレ点を入れる。当該利用者を中心とした家族関係をジェノグラムで表記。
同居家族の有無はジェノグラムで表記すると入院時情報提供シートに反映。キーパーソンには、☆印をつける。
ジェノグラムは、医療と福祉で表記の仕方に若干違いがあるようですが、関係機関との連携に支障なければ、どちらの表記でも構いません。わかりにくい場合は、コメントの記入をおすすめします。

【連絡先】

【順】 ①②③④優先順位の高い順に記載。

【続柄】 夫、長男、長女、甥、姪、もしくはキーパーソン等関係を記載。

【氏名】 第1連絡者には、レ点を入れる。入退院時情報提供シートへ反映。

【生年】 年齢でも良いが、生年の方が複写した時に書き換えなくてよい。

【住所】 住所を記載。

【連絡先】 電話番号を記載。

【介護者の有無、介護意思、介護負担、主介護者の状況、虐待等】

【同居家族の支援】 有無にレ点を入れる。

【別居家族の支援】 有無にレ点を入れる。

介護者の有無、介護意思、介護負担、主介護者の状況、虐待等特記すべきことを記載。

【課題】

介護者の有無、介護意思、介護負担、主介護者の状況、虐待等において課題がある時はレ点を入れる。

レーダーチャートに反映。

【改善の可能性】

介護者の有無、介護意思、介護負担、主介護者の状況、虐待等において必要な援助（介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援を含む）を利用した場合に「現在」の状況が改善/維持する可能性の有無を検討し、「改善」「維持」「悪化」（悪化防止）より選択する。

The image shows a screenshot of a form with several callout boxes explaining specific fields:

- 【家族情報】** ジェノグラムで表記。キーパーソンには☆印を付ける。例) 男性□、女性○、本人は二
- 【第一連絡者】** レ点チェック忘れずに！
- 【生年】** 複写対応
- 【改善の可能性】** 「改善」「維持」「悪化」より選択

順	続柄	氏名	生年	住所	連絡先
①	長男	田中雄	66	38番地1	060-777-7777
②	長女	田中花	53	中津市三光成恒421-1	010-111-1111
③	妻			市部馬場町大字栢坂138番地1	

【生活歴】

支援（介護認定等）を受けるようになるまでの生活歴を記載。入退院時情報提供シート反映。

【生活状況】

現在の状況に至った経過（過去三ヶ月を目安）を記載。入退院時情報提供シート反映。

【レーダーチャート】

課題の見える化。課題があるとレーダー値が低くなる。ピンク色で記された枠がレーダー値に反映。

【居住環境】

- 【住居】 一戸建（持家、借家）、集合住宅（ ）階、エレベーター有無、該当にレ点を入れる。
- 【居室】 居室の有無、1F2F以上、冷暖房の有無、段差の有無、該当にレ点を入れる。
- 【就寝】 布団、ベッド、特殊寝台、その他、該当にレ点を入れる。
- 【トイレ】 和式、洋式、据置式、Pトイレ（ポータブルトイレ）、手すりの有無、該当にレ点を入れる。
- 【浴室】 浴室の有無、手すりの有無、段差の有無、入浴用品の有無、該当にレ点を入れる。
入浴用品については、品目を記載。
- 【玄関】 手すりの有無、段差の有無、玄関以外の出入りの有無、該当にレ点を入れる。
- 【居住地環境】 街中、山間部、該当にレ点を入れる。
- 【公共交通機関利用（送迎支援含む）】 公共交通機関利用の有無にレ点を入れる。

【課題】

居住環境において、改善に向けて課題がある時は○を入れる。課題整理総括表に反映。

【改善の可能性】

居住環境において、「改善」「維持」「悪化防止」より選択。チェックを忘れずに！

【住宅改修の有無】

介護保険を使って住宅改修したことの有無にレ点を入れる。

【住宅改修の必要性】

住宅改修の必要性について有無にレ点を入れる。

【居住環境特記事項】

住宅改修が必要な箇所、危険箇所等の現在の居住環境について記載。
動線及び段差の有無（数値）を把握し、生活を妨げている要因の有無を確認する。
住宅の見取り図の記載は不要。

The image shows a screenshot of a form with several sections. Three red callout boxes highlight specific areas:

- 【生活歴】**: A red box points to the '生活歴' (Life History) section, with the text '支援（介護認定等）を受けるまでの生活歴を記入' (Record life history until receiving support like nursing certification).
- 【生活状況】**: A red box points to the '生活状況' (Current Situation) section, with the text '現在の状況に至った経過（過去三ヶ月目安）を記入' (Record the course leading to the current situation, with a 3-month reference period).
- 【レーダーチャート】**: A red box points to a radar chart on the right side of the form, with the text '課題の見える化。' (Visualization of issues).

The form itself contains various checkboxes and input fields for living environment details, such as '住居' (Residence), '居室' (Room), '就寝' (Sleeping), 'トイレ' (Toilet), '浴室' (Bathroom), '玄関' (Entrance), '居住地環境' (Living Environment), and '公共交通機関利用' (Public Transport Use). A '課題' (Issues) section on the right includes '住宅改修の必要性' (Need for home renovation) and '居住環境特記事項' (Special notes on living environment).

～利用中のサービス～

【サービス種別】

「定期巡回」「デイケア」「訪問看護」等、種別を略して記載。多職種が見てわかるように略す。入院時情報提供シートに反映。

【曜日・回数】

サービス種別ごとに曜日に合わせて回数を記入。「デイケア」は「1」を記入。「定期巡回」のように1日にヘルパーが3回入る時は、「3」を記入。入院時情報提供シートに反映。

【事業所名】

サービス事業所名を多職種が見てわかるように記入。入院時情報提供シートに反映。

【週単位以外のサービス】

【サービス種別】 福祉用具レンタルや購入、ショートステイ等記入。

【内容】 福祉用具の品目やショートステイの日数、定期的等記入。

【事業所名】 サービス事業所名を多職種が見てわかるように記入。

【地域の支援者】

地域の支援者の有無にレ点を入れる。支援者の名前を記入。

【地域の資源】

対象者にとって、地域資源の不足（課題）の有無にレ点を入れる。例：不足あり 不足なし

【その他】

【サービス種別】 有償サービス、配食サービス、福祉タクシー等インフォーマルサービスを記入。

【内容】 送迎や家事の内容、回数、頻度等記入。

【事業所名】 サービス事業所名を多職種が見てわかるように記入。

【特記】

現在利用中のサービスについて、本人、家族の満足度や意向、また、「利用中のサービス」や「週単位以外のサービス」の枠が足りない場合は特記に記入。

サービス種別	曜日							事業所名	週単位以外のサービス	サービス種別	内容	事業所名
	月	火	水	木	金	土	日					
定期巡回	1	1	3	1	1	1		奇兵隊	住宅改修	手すり	土佐商会	
デイケア	1				1			グラバー商会	福祉用具	シャワーチェアー	土佐商会	
訪問看護				1				京都見廻組				
									地域の支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	江鏡新平	
									地域の資源	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
									サービス種別	内容	事業所名	
									配食	配食	新撰組	
									その他			

【週単位以外のサービス】
福祉用具のレンタルや購入、
ショートステイ等記入

【特記】
現在利用中のサービスについて、本人、家族の満足度や意向、また、「利用中のサービス」や「週単位以外のサービス」の枠が足りない場合は特記に記入。

【その他】
有償サービス、配食サービス、福祉タクシー等インフォーマルサービスを記入

トータルケアアセスメントシートNO.2

【評価指標】

※評価指標のチェック結果がシート.1のレーダーチャートに反映します。

- ◎：自立、問題なくできる
- ：やや困難はあるが概ね自立、見守り
- △：一部介助を要する
- ×：全介助状態、能力はあるが行っていない場合も×を選択
(評価指標で◎を選択した場合は備考欄の記入は不要)

【課題】

課題の有無を明らかにする。課題がある場合に○を入れる。

【改善維持の可能性】

予後予測から改善・維持・悪化のいずれかを選択する
(予後予測として判断した根拠をもとに「改善」「維持」「悪化」を選択)

分野	評価項目	評価指標	備考	課題	改善維持可能性
	①寝返り				

課題がある場合に○を選択

いずれか選択
◎：自立
○：概ね自立、見守り
△：一部介助
×：全介助

予後予測として判断した根拠をもとに「改善」「維持」「悪化」を選択して記入

✿備考欄の書き方のポイント✿

【ADL】

①寝返り②起き上がり③立ち上がり④移乗⑤立位⑥座位保持
その状況や用具の使用、介助について記載

⑦歩行・移動

屋内：伝い歩き、杖・歩行器・車いす使用の有無、どのような介助を受けているか記載

屋外：杖、歩行器、車いす等の使用の有無、介助や見守りが必要か、どれくらい歩けるのか記載

⑧入浴・清拭

洗身・洗髪、回数、介助内容、清拭・機械浴、自宅浴室環境、跨ぎの可否等を記載

⑨整容

洗顔、整髪、爪切り、ひげ剃りなど身だしなみについて記載

⑩更衣

着脱行為、介助の有無、服の選定や季節感などについて記載

【IADL】

- ①掃除
誰が掃除しているか、本人の能力、使用している道具、支援内容などを記載
- ②整理整頓、物品の管理
身の回りの整理整頓状況、財布、メガネ、衣類、年金などの物品や書類管理などについて記載
- ③ゴミ出し
分別状況、運搬方法、ゴミ捨て場所や曜日の把握、誰が捨てていくのかなどについて記載
- ④洗濯
誰が行うのか、洗濯機の使い方、干す、取り込む、たたむなどができるかなどについて記載
- ⑤調理
調理行為の可・不可、使用器具状況、調理手順、意欲の有無、立位または座位で行うのか等を記載
- ⑥外出
買い物：場所（スーパー、宅配、生協等）、手順、行為、本人が行なっているのか、誰と行くのか、誰が代行するのか、頻度等を記載
通院：方法、介助の有無、医師の説明内容の理解度、頻度など記載
その他：買い物や通院以外の外出先（地域のサロン、近隣、友人、親せき宅等）や手段を記載
- ⑦金銭管理
銀行等預金の出し入れ、金額の把握、管理状況、誰が管理・代行しているのか、経済的問題があるかなどを記載

【健康面】

- ①食事行為（咀嚼、嚥下を含む）
摂取：どのように摂取しているのか、用具、介助の有無や内容、咀嚼や嚥下の状況
飲水：どのように水分摂取しているのか、用具、介助の有無や内容、嚥下の状況
- ②排泄
方法：トイレ、Pトイレ、オムツ、リハビリパンツ、尿取りパッド、留置カテーテル、その他の方法のいずれかにし点を入れる
排尿：回数、失禁や尿漏れ、尿臭等の状況や頻度、オムツ・尿取りパッド使用の有無や処理方法、介助の有無や内容を記載
排便：下剤の使用あればし点を入れる。便通に関する内容や介助の有無や内容について記載
排泄動作（一連の行為）：トイレまでの移動・移乗、トイレ内の動作、着衣の上げ下ろし、介助の有無や内容、水洗トイレが流せているかなどを記載

健康面	②排泄	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PHL <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 尿取り <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> その他
		排尿	
		排便	<input type="checkbox"/> 下剤有り
	排泄動作（一連の行為）		

いずれかにし点を入れる

下剤使用あればし点を入れる

- ③薬管理
自己管理できているか、飲み忘れ、管理方法、仕分けや声かけの必要性、飲み忘れの頻度等
- ④口腔ケア
自分で歯磨きや義歯の手入れ、うがいなどが行なえているか、介助の有無や内容を記載
口腔内の衛生状況。歯垢、食物残渣、口臭等を記載
- ⑤褥瘡皮膚の問題
褥瘡や皮膚トラブル等の有無・程度、ケア状況、治療内容等を記載
※「褥瘡皮膚の問題」のみ評価尺度は○か×の二者択一（有無のみで判断）

【精神認知面】

◆記憶障害

- ①短期記憶：記憶力はどうかを記載
- ②見当識：日時、場所、人のいずれかに支障があればレ点を入れる
日時、場所、周囲の人との関係性などが正しく理解できているかなどを記載
- ③判断力・意思決定：状況を理解し合理的な意思決定を主体的に行う力があるかなどを記載

◆BPSD

- ④精神状態（被害妄想幻覚等）：妄想、幻視、幻聴等の症状の有無、頻度などを記載
- ⑤行動障害：徘徊、せん妄、火の不始末、逸脱行動、情動行動、異食行動、収集癖、不潔行為、介護への抵抗、暴言暴行等、頻度や状況などを記載

◆その他の精神認知面

- ⑥対人トラブル：家族や周囲の人、関係者とのトラブルなどを記載
- ⑦社会との関わり：参加意欲、関わり変化、喪失感、孤立感のいずれかに支障があればレ点を入れる
社会参加の有無、頻度、意欲、どのような所・人と関わりがあるのかなどを記載
- ⑧コミュニケーション能力：視力、聴力、意思の伝達などについて記載
- ⑨コミュニケーション手段：電話の使用に支障があればレ点を入れ、手段の状況を記載

精神 認 知 面	①短期記憶				
	②見当識	<input type="checkbox"/> 日時	<input type="checkbox"/> 場所	<input type="checkbox"/> 人	「日時」「場所」「人」に課題があ
	③判断力・意思決定				
	④精神状態（被害妄想幻覚等）				
	⑤行動障害				有無に沿ってレ点を入れる
	⑥対人トラブル				
	⑦社会との関わり	<input type="checkbox"/> 参加意欲無	<input type="checkbox"/> 関わり変化有	<input type="checkbox"/> 喪失感有	<input type="checkbox"/> 孤立感有
	⑧コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/> 視力	<input type="checkbox"/> 聴力	<input type="checkbox"/> 意思の伝達	
	⑨コミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 電話			支障があるものにレ点を入れる

◆特記事項

上記以外で記載しておいた方が良くと判断された内容を記載
喫煙の有無などは特記事項に記載

--	--

【食事】

①食事形態

主食：米飯、粥、ミキサーのいずれかにレ点を入れ、内容を記載

副食：常食、軟菜、キザミ、ミキサーのいずれかにレ点を入れ、内容を記載

②回数 食欲 偏食：回数、食欲、偏食の問題状況を記載

③水分摂取状況の問題：水分摂取量、方法、介助、問題点を記載

④治療食の有無：減塩食、低脂肪食、腎臓病食、糖尿病食、カロリーや塩分、その他の指示内容などを記載

⑤嗜好：アルコール、お茶、コーヒー等の問題

⑥禁忌食品（アレルギー等）：食物アレルギーの有無・内容、薬剤との組み合わせで禁止されている物等

⑦体重増減（半年で2kg以上）：身長（m）、体重（kg）記載し、概ね半年以内での増減があれば数値を記載（例：半年で3kg減、1年で5kg増 等々）

【管理栄養士等の意見】

管理栄養士の意見の他に、本人、家族の意向、CMの意見等を記載

The image shows a screenshot of a medical record form for '食事' (Diet). The form is divided into several sections, each with a red callout box explaining its content:

- ①食事形態**: A table with columns for '主食' (Main Food) and '副食' (Side Food). Callouts indicate:
 - '有無を選択' (Select presence/absence) for the '主食' column.
 - '主食：米飯、かゆ、ミキサーから選択' (Main food: select from rice, porridge, mixer).
 - '副食：常食、軟菜、キザミ、ミキサーから選択' (Side food: select from regular food, soft vegetables, minced food, mixer).
- ②回数 食欲 偏食**: A row with fields for '食事回数' (Meal frequency), '食欲' (Appetite), and '偏食' (Picky eating). Callouts indicate:
 - '回数/1日' (Times per day).
 - '食欲 有 無' (Appetite: Yes No).
 - '偏食 有 無' (Picky eating: Yes No).
 - '食欲、偏食の有無にレ点を入れる' (Enter a checkmark for presence of appetite/picky eating).
- ③水分摂取状況の問題**: A section for water intake issues.
- ④治療食の有無**: A section for therapeutic diet presence/absence.
- ⑤嗜好**: A section for food preferences.
- ⑥禁忌食品 (アレルギー等)**: A section for contraindicated foods (allergies, etc.).
- ⑦体重増減 (半年で2kg以上)**: A section for weight change. Callouts indicate:
 - '増減維持を選択' (Select increase, decrease, or maintenance).
 - '身長は「m」、体重は「kg」で記入すること' (Enter height in 'm', weight in 'kg').
 - '体重増減あれば内容記載' (If weight change, enter content).
 - '「改善」「維持」「悪化」の予後予測を入れる' (Enter prognosis prediction: 'improvement', 'maintenance', 'worsening').
- 【管理栄養士等の意見】**: A section for dietitian opinions. A callout indicates:
 - '「食事」の欄全体で何か課題があれば「○」と選択' (If any issues in the 'Diet' section, select '○').

トータルケアアセスメントシートNO.3

～医療情報～

基本的に医療情報は医師が記載するが、それ以前に分かる範囲で担当者が記載

【治療中の疾患】現病歴を記載。疾患名・発症日・かかりつけ医（主治医に★をつける）

【既往歴、その他】疾患名・発症日・かかりつけ医（主治医に★をつける）

●分類

疾患・病態像（身体的）・病態像（精神的）の3項目の分類に対して、安定性を

「安定」「不安定」「不明」のいずれかを選択する。レーダーチャートに反映

急性期対応が必要か、急変の可能性、悪化の恐れ、治療の必要性を判断・予測する

疾患や病態像に対し、具体的な疾患名や症状の該当するものにレ点を入れる

項目に該当するものがない場合はその他にレ点を入れ、（ ）に内容を記載

【疾患】

- ①悪性疾患
- ②動脈硬化性疾患
- ③呼吸器疾患
- ④代謝性疾患
- ⑤精神疾患
- ⑥進行性神経疾患
- ⑦骨筋加齢疾患
- ⑧慢性炎症性疾患
- ⑨その他（疾患名不明）

【病態像（身体的）】

- ① 加齢関係
- ② 循環器関連
- ③ 代謝・消化関連
- ④ 泌尿器関連
- ⑤ 皮膚関連
- ⑥ 口腔・気道関連
- ⑦ 感染・炎症関連
- ⑧ 運動器関連
- ⑨ 脳・感覚器関連
- ⑩ 血液関連
- ⑪ 歯科関連
- ⑫ その他

【病態像（精神的）】

- ① 既往歴
- ② 意識状態
- ③ 意欲・行動面
- ④ 感情・身体面
- ⑤ 認知機能面
- ⑥ BPSD
- ⑦ 睡眠障害
- ⑧ 食欲
- ⑨ 高次脳機能障害
- ⑩ その他

トータルケアアセスメントシートNO.4

～医療情報～

基本的に医療情報は医師が記載するが、それ以前に分かる範囲で担当者が記載

【処方内容】

把握している処方内容を記載

【感染症等】

肝炎、結核、感染性胃腸炎、インフルエンザ、緑膿菌、疥癬、MRSA、HIV等の罹患情報があれば記載

【医療的指示等】

日常生活に影響を与える内容の指示など記載

【特別な医療】

過去14日間に受けた治療や処置の該当するものにレ点を入れる。レーダーチャートに反映

～歯科情報～

基本的に歯科情報は歯科医師が記載するが、それ以前に分かる範囲で担当者が記載

かかりつけ歯科医療機関がある場合、医療機関名、担当歯科医師名、記録日を記載

以下の項目に対して、有・無・不明のいずれかを選択し有の場合、備考に状況を記載

- ① 歯科口腔疾患
- ② 義歯の使用
- ③ 受診の必要性
- ④ その他

【口腔ケア等の注意点】

口腔ケアの方法などのアドバイス等を記載

～薬剤情報～

基本的に薬剤情報は薬剤師が記載するが、それ以前に分かる範囲で担当者が記載

かかりつけ薬局がある場合、かかりつけ薬局名、担当薬剤師、記録日を記載

【服薬の問題】

薬物アレルギー：有、無、不明を選択し、内容を記載

薬の管理：自立、一部介助、全介助を選択する

家族の協力：有・無のどちらかにレ点を入れる

服用状況：良・悪・不明のいずれかにレ点を入れる

医療機関数：受診中の医療機関の数、1・2・3以上のいずれかにレ点を入れる

内服数（種類）：1～4・5～9・10以上のいずれかを選択する

* 薬物アレルギー・薬の管理・内服数（種類）は入院時情報提供シートに反映

【服薬の注意点】

服薬方法、病状に影響する注意事項等を記載

～看護～

基本的に看護は医療機関の看護職または訪問看護師が記載するが、それ以前に分かる範囲で

担当者が記載

担当機関がある場合、医療機関や訪問看護ステーション名、担当者名、記録日を記入する

【注意点】

個別の注意点等記載

～リハビリ～

基本的にリハビリはリハビリ職員が記載するが、それ以前に分かる範囲で担当者が記載
担当機関があれば、担当機関名・担当者は（PT・OT・STを選択）担当者名・記録日を記載

①～⑤の項目について記載

①課題

②リハの目的

③改善の見通し

* 訓練への意欲：意欲の有無・意向等記載

④リハの内容

⑤装具や注意点

～連携の必要性～

連携先に対し、連携の有無の、あり・一部・なしのいずれかにシ点を入れる

課題があれば、○印を選択する。

必要性があるにもかかわらず、一部・なしの場合でも課題があれば、○印を選択する

レーダーチャートに反映

備考：医療⇄医療はかかりつけ医が記載

医療⇄介護はケアマネが記載

* 課題は連携の有無に限らず、連携していると良い、連携がないと悪いという判断にはならない

トータルケアアセスメントシートNO.5

※シートNo.5は生活等の阻害要因から、その方が持つ課題を分析するためのシートです。
 阻害要因はケアマネジャーのみではなく、他の担当する職種の視点からも記載します。
 このシートで記載された阻害要因や課題分析はケアマネジャーがケアプラン作成時に活用
 するシートNo.6の課題整理総括表に転記されます。
 (全ての事例に対して作成することを義務付けるものではありません。)

【生活等の阻害要因】

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）を記載。客観的事実をできるだけ簡潔に記載、最大6項目までに絞り込む。本欄に振られている番号は便宜的な通し番号であり、要因の重要度等による優先順位を示したものではない。

要因として疾患が捉えられる場合も多いが、疾患それ自体だけでなくその疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理し、必要に応じて記載することが望ましい。

◆ケアマネ欄

ケアマネジャーから見た「生活等の阻害要因」を記載

◆職種・氏名欄（ケアマネ以外）

ケアマネジャー以外の職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士、社会福祉士、介護福祉士、MSW、PSW、介護職、その他）から見た「生活等の阻害要因」を記載

作成日した年月日を記入
 (課題整理総括表に転記される)

記載した方の氏名記入

ケアマネから見た自立した日常生活の阻害要因
 (心身の状態、環境等)を記載。

ケアマネ以外の職種から見た自立した日常生活の阻害要因
 (心身の状態、環境等)を記載。

記載した方の職種をいずれか選択
 医師、歯科医師、薬剤師、看護職等々

トータルケアアセスメントシート NO.5		様 記録日
【ケアマネ】	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
【ケアマネ以外】	職種	氏名
	生活等の阻害要因の内容	

【総合的課題】

※総合的課題はケアマネジャーが記載する項目です。

◆阻害要因番号

要因として考えられるものを「生活等の阻害要因」欄から選択し、その記載した番号（丸数字）を記入する。複数の要因が考えられる場合は複数の番号を記載して良い。

◆生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

利用者・家族、その他の関係者等から収集した情報の分析に基づいて、ケアマネジャーが捉え、専門職として判断し記載する。利用者・家族等からの聞き取りにより、「利用者が望む生活」が捉えられていることが前提である。

◆見通し（事後の状況・目標・援助内容）

短期目標の期間程度を見据えて、「どのような援助を実施することにより」、「状況がどのように変化することが見込まれるか」（「現在」の状況がどのような状態に至る見込みがあるか）を記入。

		総合的課題	
		生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	見通し（事後の状況・目標・援助内容）
課題分析	①		

要因として考えられるものを「生活等の阻害要因」欄から選択し、その番号を記入する。

【特記】

特記は自由記載欄として使用する

【特記】

トータルケアアセスメントシートNO1

受付日	令和 年 月 日	受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他																																															
受付対応者	社会福祉士	所属名																																																
アセス日	令和 1 年 3 月 8 日	面接方法	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅訪問 <input type="checkbox"/> その他()																																															
ケア提供者	西郷隆盛	所属名	亀山社中																																															
相談内容	【本人】 主訴・意向	【受対応者】 職種を選択	【家族】 【面接方法】 自宅以外の訪問場所等の選択																																															
利用者名(ふりがな)	カサキ シンサク 高杉 晋作	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女																																															
生年月日	S 46 年 2 月 16 日	年齢	50 歳																																															
課題分析理由	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> その他																																																	
【住所】	中津市豊田町100-100	【電話番号】	0979-23-1111 090-2390-1199																																															
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他()																																																	
介護保険	被保険者番号 0000412038	保険者	中津市 日常生活自立度 B2 認知症自立度 正常																																															
介護度	要介護1																																																	
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	負担割合	割																																															
障害者手帳等		難病申請																																																
収入	<input checked="" type="checkbox"/> 年金(厚生年金10万円/月) <input type="checkbox"/> その他(借家5万円/月) <input type="checkbox"/> 生活保護受給	経済支援者	有																																															
同居家族	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																	
家族情報	<table border="1"> <thead> <tr> <th>順</th> <th>続柄</th> <th>氏名</th> <th>生年</th> <th>住所</th> <th>連絡先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td>長女</td> <td>坂本乙女</td> <td></td> <td>中津市耶馬溪町大字柿坂</td> <td>060-777-7777</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>長男</td> <td>吉田松陰</td> <td></td> <td>中津市三光成恒421-1</td> <td>010-111-1111</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>④</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【家族情報】 ジェノグラムで表記。キーパーソンには☆印を付ける。 例) 男性□、女性○、本人は二重、死亡は黒塗り、同居は点線囲み</p> <p>【生活歴】 支援(介護認定等)を受けるまでの生活歴を記入</p> <p>【生活状況】 現在の状況に至った経過(過去三ヶ月目安)を記入</p> <p>【家族の支援】 家族関係等の状況を記入 虐待の有無、兆候、その内容も記入</p> <p>【課題】 チェックを入れることでレーダーチャートに反映</p> <p>【課題】 改善に向けて課題がある時チェック</p> <p>【改善可能性】 チェックを忘れずに</p> <p>【環境特記】 改修が必要な箇所を記入。動線及び段差の有無(数値等)を把握し生活を妨げている要因の有無を確認</p> <p>【課題】 改善に向けて課題がある時チェック</p> <p>【改善可能性】 チェックを忘れずに</p> <p>【環境特記】 改修が必要な箇所を記入。動線及び段差の有無(数値等)を把握し生活を妨げている要因の有無を確認</p> <p>【課題】 改善に向けて課題がある時チェック</p> <p>【改善可能性】 チェックを忘れずに</p> <p>【環境特記】 改修が必要な箇所を記入。動線及び段差の有無(数値等)を把握し生活を妨げている要因の有無を確認</p>	順	続柄	氏名	生年	住所	連絡先	①	長女	坂本乙女		中津市耶馬溪町大字柿坂	060-777-7777	②	長男	吉田松陰		中津市三光成恒421-1	010-111-1111	③						④																								
順	続柄	氏名	生年	住所	連絡先																																													
①	長女	坂本乙女		中津市耶馬溪町大字柿坂	060-777-7777																																													
②	長男	吉田松陰		中津市三光成恒421-1	010-111-1111																																													
③																																																		
④																																																		
生活歴																																																		
生活状況																																																		
居住環境	<table border="1"> <tr> <td>住居</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>一戸建(<input type="checkbox"/>持家 <input type="checkbox"/>借家) <input type="checkbox"/>集合住宅(階) <input type="checkbox"/>ILP-カー</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>居室</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>1F <input type="checkbox"/>2F以上 冷暖房 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 段差 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>就寝</td> <td><input type="checkbox"/>布団 <input checked="" type="checkbox"/>ベッド <input type="checkbox"/>特殊寝台 <input type="checkbox"/>その他()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>トイレ</td> <td><input type="checkbox"/>和式 <input type="checkbox"/>洋式 <input type="checkbox"/>据置式 <input type="checkbox"/>PMU(手すり <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (手すり <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無) (段差 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴用品</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (品目)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>玄関</td> <td>手すり <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 段差 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 玄関以外の出入 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>居住地環境</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>街中 <input type="checkbox"/>山間部</td> <td></td> </tr> </table> <p>公共交通機関利用(送迎支援含む) <input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>	住居	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建(<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) <input type="checkbox"/> ILP-カー	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 1F <input type="checkbox"/> 2F以上 冷暖房 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就寝	<input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> その他()		トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 据置式 <input type="checkbox"/> PMU(手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		浴室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		入浴用品	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (品目)		玄関	手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 玄関以外の出入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		居住地環境	<input checked="" type="checkbox"/> 街中 <input type="checkbox"/> 山間部		<table border="1"> <tr> <td>住宅改修の有無</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>住宅改修の必要性</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>居住環境特記事項</td> <td></td> </tr> </table>	住宅改修の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	居住環境特記事項																			
住居	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建(<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) <input type="checkbox"/> ILP-カー	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無																																																
居室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 1F <input type="checkbox"/> 2F以上 冷暖房 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																	
就寝	<input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> その他()																																																	
トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 据置式 <input type="checkbox"/> PMU(手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)																																																	
浴室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)																																																	
入浴用品	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (品目)																																																	
玄関	手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 玄関以外の出入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																	
居住地環境	<input checked="" type="checkbox"/> 街中 <input type="checkbox"/> 山間部																																																	
住宅改修の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																	
住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																	
居住環境特記事項																																																		
利用中のサービス	<table border="1"> <thead> <tr> <th>サービス種別</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> <th>事業所名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>定期巡回</td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>奇兵隊</td> </tr> <tr> <td>デイケア</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>グラバー商会</td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>京都見廻組</td> </tr> </tbody> </table> <p>【週単位以外のサービス】 福祉用具のレンタルや購入、ショートステイ等記入</p> <p>【その他】 有償サービス、配食サービス、福祉タクシー等インフォーマルサービスを記入</p>	サービス種別	月	火	水	木	金	土	日	事業所名	定期巡回			3					奇兵隊	デイケア	1						1	グラバー商会	訪問看護				1				京都見廻組	<table border="1"> <tr> <td>サービス種別</td> <td>内容</td> <td>事業所名</td> </tr> <tr> <td>地域の支援者</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td>島津音彬</td> </tr> <tr> <td>地域の資源</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td>内容</td> <td>事業所名</td> </tr> </table>	サービス種別	内容	事業所名	地域の支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	島津音彬	地域の資源	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		サービス種別	内容	事業所名
サービス種別	月	火	水	木	金	土	日	事業所名																																										
定期巡回			3					奇兵隊																																										
デイケア	1						1	グラバー商会																																										
訪問看護				1				京都見廻組																																										
サービス種別	内容	事業所名																																																
地域の支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	島津音彬																																																
地域の資源	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																	
サービス種別	内容	事業所名																																																
特記	<p>【特記】 現在利用中のサービスについて本人、家族の満足度や意向、また、「利用中のサービス」や「週単位以外のサービス」の枠が足りない場合は特記に記入</p>																																																	

【課題】課題の有無、課題がある場合に○を入れる。◎を選択した場合は備考欄の記入は不要

分野	評価項目	評価指標	備考	課題	改善維持の可能性		
A D L	①寝返り	×	寝返りの状況、用具や介助について		悪化		
	②起き上がり		起き上がりの状況、用具や介助について				
	③立ち上がり		立ち上がりの状況、用具や介助について				
	④移乗		移乗の状況、用具や介助について				
	⑤立位		立位の状況、用具や介助について				
	⑥座位保持		座位の状況、用具や介助について				
	⑦歩行・移り		自宅内での歩行状態。伝い歩き、杖・歩行器・車いす使用の有無、どのような介助を受けている		○	維持	
	⑧入浴清拭		杖・歩行器・車いす等の使用の有無、介助、見守りが必要か、どれくらい歩けるのか		○	維持	
	⑨整容	◎	洗顔、整髪、爪切り、ひげ剃りなど身だしなみについて		○	維持	
	⑩更衣	◎	着脱行為、介助の有無、服の選定や季節感など		○	維持	
I A D L	①掃除	◎	誰が掃除しているか、本人の能力、使用している道具、支援内容など		○	維持	
	②整理整頓、物品の管理	◎	身の回りの整理整頓状況、財布、メガネ、衣類、年金などの物品や書類管理		○	改善	
	③ゴミ出し	◎	分別状況、運搬方法、ゴミ捨て場所や曜日の把握、誰が捨てていくのか		○	維持	
	④洗濯	◎	洗濯機の使い方、干す、取り込む、たたむなどができるか、誰が行うのか		○	維持	
	⑤調理	◎	調理行為の可・不可、使用器具状況、調理手順、意欲の有無、立位または座位で行うのか等		○	維持	
	⑦外出 (頻度・方法も)	買い物	◎	本人が行うのか、場所(スーパー、宅配、生協等)、手順、行為、誰と行くか、誰が代行する		○	
		通院	◎	方法、介助の有無、医師の説明内容を理解度、頻度など		○	改善
		その他		買い物や通院以外の外出先(地域のサロン、近隣、友人、親せき宅等)			改善
⑧金銭管理	◎	金融機関での出し入れ、金額の把握、管理状況、誰が管理・代行しているのか		○	改善		
健康面	①食事行為 (咀嚼嚥下含む)	摂取	△	どのように摂取しているのか、用具、介助の有無や内容、咀嚼や嚥下の状況		○	維持
		飲水	◎	〃			
	②排泄	方法		<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PMU <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 尿取り <input checked="" type="checkbox"/> 介-用			
		排尿	△	回数、失禁や尿漏れの状況や頻度、オムツ・尿取りパッド使用の有無や処理、介助の有無		○	維持
		排便	◎	<input type="checkbox"/> 下剤有り 下剤の使用あればレ点チェック。便通に関する内容や介助の有無や内容		○	維持
	排泄動作(一連の行為)		◎	トイレまでの移動・移乗、トイレ内の動作、着衣の上げ下ろし、介助の有無や内容		○	維持
	③薬管理	◎	自己管理できているか、飲み忘れ、管理方法、仕分けや声かけの必要性、飲み忘れの頻度等		○	改善	
	④口腔ケア		◎	自分で歯磨きや義歯の手入れ、嗽などが行なえているか、介助の有無や内容		○	維持
		口腔衛生(歯磨き等)	○	口腔内の衛生状況。歯垢、食物残渣、口臭等		○	維持
	⑤褥瘡皮膚の問題	◎	褥瘡や皮膚トラブル等の有無・程度、ケア状況、治療内容等			改善	
精神認知面	記憶障害	①短期記憶	◎	記憶力の保持の程度はどうか記載		○	悪化
		②見当識	◎	<input type="checkbox"/> 日時 <input checked="" type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 人 日時、場所、周囲の人との関係性などが正しく理解できている			
		③判断力・意思決定	◎	状況を理解し合理的な意思決定を主体的に行う力があるか			
		④精神状態(被害妄想幻覚等)	○	妄想、幻視、幻聴等の症状の有無、頻度等			改善
		⑤行動障害	△	徘徊、譫妄、火の不始末、逸脱行動、情動行動、異食行動、収集癖、不潔行為、介護への抵抗、暴言			
	⑥対人トラブル		家族や周囲の人、関係者とのトラブル等				
	⑦社会との関わり	◎	<input checked="" type="checkbox"/> 参加意欲無 <input checked="" type="checkbox"/> 関わり変化有 <input checked="" type="checkbox"/> 喪失感有 <input checked="" type="checkbox"/> 孤立感有		○	維持	
	⑧コミュニケーション能力	◎	<input checked="" type="checkbox"/> 視力 <input checked="" type="checkbox"/> 聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 意思の伝達 支障があるものにレ点を入れ、程度や状態、手段等を				
	⑨コミュニケーション手段	◎	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 電話の使用に支障がある場合にレ点を入れ、状況を記入		○		
特記事項	上記以外で記載しておいた方がよいと判断された内容を記載						
食事	①食事形態	主食	米飯	主食：米飯、かゆ、ミキサーから選択		課題	
		副食	軟菜				
	②回数 食欲 偏食	食事回数	回/1日 食欲 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 偏食 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	回数、食欲、偏食の問題状況など		○	
	③水分摂取状況の問題	有	水分摂取量、方法、介助、問題点など				
	④治療食の有無	有	減塩食、低脂肪食、腎臓病食、糖尿病食、カロリーや塩分等の指示内容			改善	
	⑤嗜好	有	アルコール、お茶、コーヒー等の問題				
	⑥禁忌食品(アレルギー等)	無	食物アレルギーの有無・内容、薬剤との組み合わせで禁止されているもの等			改善	
⑦体重増減(半年で2kg以上)	減	身長 1.68 m 体重 62 kg BMI 22.0 特記 増減内容記載			改善		
【管理栄養士等の意見】 管理栄養士の意見の他に、本人、家族の意向、CMの意見等を記載							
身長は「m」、体重は「kg」で記入すること							

【評価指標】
◎：自立
○：概ね自立、見守り
△：一部介助
×：全介助

【改善維持の可能性】
予後予測として判断した根拠をもとに「改善」「維持」「悪化」を選択して記入。①具体的な状況②できていること(全介助・一部介助と評価した事項について)③できていないこと、理由④していないこと、理由⑤維持・改善と判断した理由、その具体的方法⑥できるようにしたい→どうすればできるようになるのか→課題

【方法】使用している用具・方法にレ点を入れる

治療中の疾患		疾患名	発症日	かかりつけ医	★主治医	特記
治療中の疾患	脳梗塞			〇〇クリニック	久坂玄瑞	★ 主治医に★印をつける
	緑内障			□△眼科	〇〇医師	
既往歴、その他		疾患名	発症日	かかりつけ医	★主治医	特記
既往歴、その他					★	このページは基本的には医師が記入するが、医師記入までは分かる範囲で担当者が記入しておく
医療情報		分類	安定	急性期対応が必要か、急変の可能性、悪化の恐れ、治療の必要性を判断・予測する		
医療情報	①悪性疾患	不明		悪性腫瘍	その他 ()	
	②動脈硬化性疾患	不安定		心不全	狭心症、心筋梗塞	腎不全 脳卒中 閉塞性動脈硬化 その他 ()
	③呼吸器疾患	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	慢性閉塞性肺疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 ()
	④代謝性疾患	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	脂質異常症	<input checked="" type="checkbox"/>	高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 肥満 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑤精神疾患	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症	<input checked="" type="checkbox"/>	うつ病、統合失調症 <input checked="" type="checkbox"/> 精神発達遅滞 その他 ()
	⑥進行性神経疾患	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	ALS	<input checked="" type="checkbox"/>	パーキンソン病関連疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input checked="" type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input checked="" type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input checked="" type="checkbox"/> 進行性筋ジストロフィー <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑦骨筋加齢性疾患	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	骨粗鬆症	フレイル、サルパニア	<input checked="" type="checkbox"/> 変形性関節症 <input checked="" type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input checked="" type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 その他 ()
	⑧慢性炎症性疾患	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	自己免疫性疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	慢性感染症 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑨その他(疾患名不明)	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 ()		
病態像(身体的)	①加齢関係	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	老衰	<input checked="" type="checkbox"/>	寝たきり <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	②循環器関連	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	脈拍異常	<input checked="" type="checkbox"/>	浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧コントロール不良 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	③代謝、消化関連	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	低栄養	<input checked="" type="checkbox"/>	脱水 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢、嘔気、嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	泌尿器関連	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	便	<input checked="" type="checkbox"/>	排
	④皮膚関連	不明	<input checked="" type="checkbox"/>	褥瘡、皮膚関連	<input checked="" type="checkbox"/>	蜂窩織炎 <input checked="" type="checkbox"/> 異常な掻痒感 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑤口腔、気道関連	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	摂食嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/>	肺炎 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸異常 <input checked="" type="checkbox"/> 血痰、痰異常 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑥感染・炎症関連	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	疼痛	<input checked="" type="checkbox"/>	発熱 <input checked="" type="checkbox"/> 炎症反応高値 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑦運動器関連	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	骨折(繰り返し)	<input checked="" type="checkbox"/>	運動麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑧脳・感覚器関連	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	聴覚障害	<input checked="" type="checkbox"/>	視覚障害 <input checked="" type="checkbox"/> 言語障害 <input checked="" type="checkbox"/> めまい <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑨血液関連	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	出血	<input checked="" type="checkbox"/>	貧血 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑩歯科関連	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	急性炎症	<input checked="" type="checkbox"/>	口腔乾燥 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯不適合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
⑪その他	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 ()			
病態像(精神的)	①既往歴	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	アルコール関連	<input checked="" type="checkbox"/>	抑うつ、不安、焦燥 <input checked="" type="checkbox"/> 薬歴(抗精神病薬等) <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚・妄想状態 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	②意識状態	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	(軽度)混濁(JCS)	<input checked="" type="checkbox"/>	譫妄 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	③意欲・行動面	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	無気力、無関心	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 ()
	④感情・身体面	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	抑うつ	<input checked="" type="checkbox"/>	不安、焦燥 <input checked="" type="checkbox"/> 心気症状 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑤認知機能面	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	記憶力障害	<input checked="" type="checkbox"/>	人格変化 <input checked="" type="checkbox"/> 見当識障害 <input checked="" type="checkbox"/> 失語、失認、失行 その他 ()
	⑥BPSD	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	妄想	<input checked="" type="checkbox"/>	幻覚 <input checked="" type="checkbox"/> 多動、興奮、暴言・暴力、拒絶、徘徊、異食、脱抑制 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑦睡眠障害	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	不眠、過眠	<input checked="" type="checkbox"/>	睡眠覚醒リズム障害(昼夜逆転等) <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> リスルグス(むずむず脚症候群) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑧食欲	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	過食	<input checked="" type="checkbox"/>	小食 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑨高次脳機能障害	安定	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部外傷	<input checked="" type="checkbox"/>	脳血管障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
	⑩その他	不安定	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 ()		

現病歴を記入

このページは基本的には医師が記入するが、医師記入までは分かる範囲で担当者が記入しておく

【安定性】疾患の安定性を「安定、不安定、不明」から選択

医療情報	【処方内容】		【感染症等】				
	【医療的指示等】						
医療情報	医療情報は基本的には医師が記入するが、医師記入までは分かる範囲で担当者が記入しておく						
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> ターミナル <input checked="" type="checkbox"/> レスピレーター（人工呼吸器） <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 胃瘻、経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等） <input checked="" type="checkbox"/> 創傷の管理（ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> その他） <input checked="" type="checkbox"/> カテーテル（コドムカテーテル、留置カテーテル、ウストマ等） <input checked="" type="checkbox"/> ストーマの処置（人工肛門）（過去14日間以内に受けた医療）						
歯科情報	かかりつけ歯科医療機関		担当歯科医	記録日			
	項目	有無	備考	【口腔ケア等の注意点】			
	① 歯科口腔疾患	有	歯科情報は基本的には歯科医師が記入するが、歯科医師記入までは分かる範囲				
	② 義歯の使用	有					
	③ 受診の必要性	有					
④ その他							
薬剤情報	かかりつけ薬局		担当薬剤師	記録日			
	薬物アレルギー	無	【医療機関数】 通院先の数1、2、3以上から選択	【服薬の注意点】			
	薬の管理	一部介助					
	家族の協力	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		薬剤情報は基本的には薬剤師が記入するが、薬剤師記入までは分かる範囲で			
	服用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪 <input type="checkbox"/> 不					
	医療機関数	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3以上					
内服数（種類）	1~4						
看護	担当機関	担当者	記載日				
	【注意点】						
看護	【内服数】 1~4、5~9、10以上から選択		看護は基本的には医療機関の看護師や訪問看護が記入するが、看護師記入までは分かる範囲で担当				
リハビリ	担当機関	担当者	PT	記載日			
	【担当者】 PT、OT、STから選択						
	① 課題						
	② リハの目的						
	③ 改善の見通し						
	④ リハの内容	＊訓練への意欲					
⑤ 装具や注意点							
連携の必要性	連携先		連携の有無		課題	備考	
	医療⇄医療	かかりつけ医と病院主治医	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし	連携の有無を選択（有だと良い、無だと悪いと言うものではない。連携があるかないかのみで選択する）			「医療⇄医療」はかかりつけ医が記入
		かかりつけ医と歯科医師	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
		かかりつけ医と薬剤師	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
		かかりつけ医と訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
		かかりつけ医と栄養士	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
		かかりつけ医とリハ職	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
	医療⇄介護	ケアマネとかかりつけ医	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし	課題あれば○を選択			「医療⇄介護」はケアマネが記入
		ケアマネと歯科医師	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
		ケアマネと薬剤師	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
		ケアマネと訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
		ケアマネと栄養士	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし				
ケアマネとリハ職		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし					

生活等の 阻害要因	ケアマネ	①	短期記憶障害	ケアマネから見た自立した生活の阻害 要因を記入
		②	浴槽のマガギの認識	
		③	方向転換時の体動のバランス	
		④		
		⑤		
		⑥		
		職種	氏名	生活等の阻害要因の内容
医師				
歯科医師				
社会福祉士			ケアマネ以外の職種から見た自立した 生活の阻害要因を記入	
作業療法士				
			【職種】 記入した方の職種を選択	
			【氏名】 記入した方の氏名を選択	
課題分析	優先順位	総合的課題		
		阻害要因番号	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	見通し（事後の状況・目標・援助内容）
	①	① ② ③		
	②	【阻害要因番号】 「生活等の阻害要因：ケアマネ の①～⑥の番号を選択	【生活全般の解決すべき課題（ニーズ）】 阻害要因から導き出された解決すべき課題（ニ ーズ）を記入	【見通し】 「解決すべき課題（ニ ーズ）」の予後予測等を記入
	③			
	④			
	⑤	このシート5の情報が「課題整理総括表」に転記されます！		
⑥				
⑦				

【特記】

トータルケアアセスメントシートのやり取りの手順と方法

I 在宅からの新規利用					
NO	項目 (局面)	医療機関	ケアマネジャー	サービス提供機関	
II 退院時からの新規利用					
NO	項目 (局面)	医療機関	ケアマネジャー	訪問看護	サービス提供機関
III 介護サービス利用～入院～退院～在宅					
NO	項目 (局面)	医療機関	ケアマネジャー	訪問看護	サービス提供機関