

1. 基本情報

↓白色のセルは居宅介護支援事業所が記入ください。↓オレンジ色のセルはサービス事業所が記入ください。

	居宅介護支援事業所	サービス事業所
フリガナ 利用者名		←利用者名を別途共有できる場合、利用者名は記入不要
事業所名		
記載者名		
記載者役職	介護支援専門員	
記載日		

2. ケアの実施状況・目標の達成状況 (本項目はサービス事業所が記入ください)

ケアの実施状況 (具体内容、ケアプラン通りに実施されているか、サービスの内容が適切か等)			
目標1	目標の内容		
	目標達成状況と状況 (該当する項目に○の上、自由記述)	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 (該当する項目に○の上、自由記述)	継続 見直し 中止	
目標2	目標の内容		
	目標達成状況と状況 (該当する項目に○の上、自由記述)	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 (該当する項目に○の上、自由記述)	継続 見直し 中止	
特記事項			

3. ケアマネジャーとサービス事業所の情報連携

サービス事業所に確認してほしい項目 (該当する項目をすべてチェック)

- |  |                                  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 利用しているサービス事業所の状況 (満足度等) | <input type="checkbox"/> 利用者の変化  | <input type="checkbox"/> 利用者・家族の要望             | <input type="checkbox"/> 家族の状況変化               |
| <input type="checkbox"/> サービスの適正度                | <input type="checkbox"/> 新しい生活課題 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画・個別援助計画変更の必要性 | <input type="checkbox"/> 健康状態                  |
| <input type="checkbox"/> ADL                     | <input type="checkbox"/> IADL    | <input type="checkbox"/> 認知機能や判断能力             | <input type="checkbox"/> コミュニケーションにおける理解と表出の状況 |
| <input type="checkbox"/> 生活リズム                   | <input type="checkbox"/> 排泄の状況   | <input type="checkbox"/> 清潔の保持に関する状況           | <input type="checkbox"/> 口腔内の状況                |
| <input type="checkbox"/> 社会との関わり                 | <input type="checkbox"/> 家族等の状況  | <input type="checkbox"/> 居住環境                  | <input type="checkbox"/> その他留意すべき事項・状況         |

情報収集の観点 (介護支援専門員が記載)	確認した事項 (※介護支援専門員から依頼があった項目の他、変化や課題があった項目にはコメント記入ください) (該当する方に○)		具体的な内容
	変化	課題	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	

特に確認したい事項・情報共有事項、総括

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク 健康状態」～「ナ その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老認発1016第1号）のうち、記載に対応しております。以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	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（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状況（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目