**兵庫県介護支援専門員研修　フェイスシート・アセスメントシート**

**※利用者・ご家族等の個人情報（名前・連絡先等）、連携先の事業所名等は記号化してください。**

**【 様式３－１ 】**

|  |
| --- |
| **基本情報(フェイスシート)** |
| 利用者名：　Ａ氏　　　　 | 性別： | 年齢：　　才 |
| 家族構成　※主たる介護者もしくはキーパーソンに☆ | ジェノグラム |
|  |  |
| 要介護状態区分 | 障害高齢者の日常生活自立度判定基準 | 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 |
| □要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４□要介護５ | □自立　□Ｊ１　□Ｊ２□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　□Ｃ１　□Ｃ２ | □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ |
|  |  |  |
| 既往症・現症 | 発症年月 | 医療機関名 | 医師名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 現在使用している薬剤 |
|  |
| 現在使われているフォーマルサービス | 現在使われているインフォーマルサポート |
|  |  |
| 相談に至った経緯 |
|  |
| **課題分析用　アセスメントシート****※利用者・ご家族等の個人情報（名前・連絡先等）、連携先の事業所名等は記号化してください。****【 様式３－２ 】** |
| 生活史　　※輝いていた日々、つらかったこと、好きなこと、嫌いなこと等も |
|  |
| 主訴(困りごと・要望)　※本人・家族別々に　なるべく“語り”そのままに |
| 本人：家族： |
| 健康(疾患)　※増悪時の注意点、日々の生活におけるチェックポイント等 |
|  |
| 精神機能(精神機能障害)　※ＢＰＳＤ、気分・感情障害等含む |
|  |
| 身体機能・身体構造(身体機能障害・身体構造障害)　※褥瘡等も |
|  |
| **活動『ＡＤＬ(日常生活動作)』・活動制限** |
| 基本動作(基本動作の制限)　※寝返り・座位・歩行・持つ等どこで、どのように |
|  |
| コミュニケーション(コミュニケーションの制限) |
|  |
| 睡眠・入浴・食事・排泄・整容(洗顔・口腔ケア・整髪等)・更衣・ＡＤＬの制限※どこで、どのように |
| 睡眠：入浴：食事：排泄：洗面・口腔内保清：整容：更衣： |
| 活動『ＩＡＤＬ(手段的日常生活動作)』・活動制限 |
| 服薬・金銭管理・外部連絡・社会的諸手続き・移動・買物・調理・洗濯・掃除等 |
| 受診・服薬：金銭管理：外部との連絡(緊急時等)：社会的諸手続き：移動：買物：調理・洗濯・掃除： |

**【 様式３－３ 】**

**※利用者・ご家族等の個人情報（名前・連絡先等）、連携先の事業所名等は記号化してください。**

**【 様式３－４ 】**

**※利用者・ご家族等の個人情報（名前・連絡先等）、連携先の事業所名等は記号化してください。**

|  |
| --- |
| **参加(役割)・参加(役割)制約** |
|  |
| **環境因子** |
| 人的環境（促進的・阻害的） |
|  |
| 物的環境(促進的・阻害的) |
| 住居　※持ち家・マンション・段差・危険箇所等　居宅周囲の環境、近隣環境(病院・店舗等)※施設入居者の場合は、施設内外の環境がわかるように記載してください |
| 住宅平面図　　↓ | (居宅周囲の環境、近隣環境などを記述) |
|  |
| 制度的環境(導入されている制度)年金・障害者施策・成年後見制度等　 |
|  |
| 個人因子（プラス・マイナス） |
| 個性（ものの考え方・習慣・趣味・嗜好・宗教等） |
|  |