

NO	標準目名	課題分析標準23項目(アセスメントに関する項目 10-23)	
10	健康状態	診断名・障害名(左大腿骨頸部骨折術後・高血圧症) ・服薬( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) _____ ・治療及び受診の必要性( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 受診回数 _____ 回/月 ・医学上注意点・緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 必要(詳細を下に記入) <input type="checkbox"/> 特に無し _____ ・既往歴 ① _____ 歳 _____ ② _____ 歳 _____ ③ _____ 歳 _____ ④ _____ 歳 _____ ・身長 _____ cm ・体重 _____ kg ・栄養状態 _____ ・1日の活動状況( _____ )	その他
11	移動	・室内手段( _____ ) ・屋外手段( _____ ) ・移乗( _____ ) ・寝返り( _____ ) ・起居動作( _____ ) ・危険認知の低下( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) ・転倒歴( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 頻度 _____ 回/	その他
	入浴	・浴槽までの移動: ・浴槽の出入り: ・洗身:一部 ・入浴状況(場所: _____、回数: _____ 回/週 )	その他
	更衣	・上着の着脱: ・ズボン、スカート:	その他
	整容	・洗顔: _____ ・整髪: _____ ・爪切り: _____ ・髭剃り: ・化粧: _____ ・耳かき: _____	その他
12	IADL	・調理( _____ ) ・洗濯( _____ ) ・掃除・部屋の整理( _____ ) ・電話の使用( _____ ) ・買い物( _____ ) ・交通機関の利用( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 頻度 _____ 回/月 ( _____ ) ・安全管理(戸締まり・火・留守番) ( _____ ) ・家電製品の取り扱い( _____ ) ・金銭管理( _____ ) ・服薬管理( _____ )	その他
13	認知		その他
14	コミュニケーション能力	・意思の伝達: ・伝達方法( _____ ) ・聴力: ・筆談: ・視力( _____ )	その他
15	社会との関わり	・家族交流( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ ) ・近所づきあい <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ ) ・友人や趣味仲間との交流 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ ) ・老人会など地域活動への参加 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ ) ・近所への外出( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ ) ・車による移動を必要とするような場所への外出( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ )	その他
16	排尿・排便	・尿意( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ ) ・便意( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : _____ ) ・排泄回数(尿 _____ 回、便: _____ 回 )	その他
17	褥瘡問題・皮膚	・褥創の有無( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位: _____ ) ・程度: _____ ) ・その他の皮膚症状( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・状態: _____ ) ・掻痒感: _____ )	その他

18	口腔衛生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口臭の有無( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )</li> <li>・義歯使用状況( )</li> <li>・歯茎の状況( )</li> <li>・口腔の状態( )</li> <li>・食事摂取への影響 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :</li> </ul>	その他(歯磨きの実施状況等)
19	食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂取の状況: 自立 ( )</li> <li>・経管栄養( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 :</li> <li>・食事用具: ( )</li> <li>・主食形態: ( )</li> <li>・副食形態: ( )</li> <li>・食事内容 _____ kcal ・水分摂取量 _____ cc/日</li> <li>・食事摂取量、状況 ・食べ残し( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )</li> <li>・むせ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) ・嚥下状態( <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 :</li> <li>・好き嫌い(好きなもの: _____、嫌いなもの: _____)</li> <li>・主たる食事場所: _____ ・誰と食事( )</li> <li>・食事療法・指導の必要性 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 :</li> <li>・体重の増減( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) ・BMI( ) <input type="checkbox"/> 痩身 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 肥満</li> </ul>	その他
20	問題行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題行動( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) ※該当するものにチェック</li> <li><input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 過食拒食 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴幻覚 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄</li> <li><input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転</li> <li>・頻度と介護の手間</li> </ul>	その他
21	介護力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・キーパーソン( )</li> <li>・主介護者( )</li> <li>・主介護者の状況 健康状態: _____ 負担感: _____</li> <li>代替者( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 :</li> <li>仕事: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 意欲: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 介護知識・技術: _____</li> </ul>	その他(介護可能時間等)
22	居住環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 貸家 :</li> <li>・階段( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) ・本人の居室: _____階 ・エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )</li> <li>・通常の移動、移乗手段及び生活行為でバリアーとなる箇所 ※該当するものにチェック</li> <li><input type="checkbox"/> 玄関までのアプローチ <input type="checkbox"/> 玄関上がり框など <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室</li> <li><input type="checkbox"/> ベッド周辺 <input type="checkbox"/> リビング <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂</li> <li><input type="checkbox"/> 浴室 ( <input type="checkbox"/> 脱衣所 <input type="checkbox"/> 洗い場 <input type="checkbox"/> 浴槽 ) <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 庭先</li> </ul>	その他
23	特別な状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別な状況 ※該当するものにチェック</li> <li><input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう造設 <input type="checkbox"/> 人工肛門</li> <li><input type="checkbox"/> 膀胱ろう造設 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引器使用</li> <li><input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 虐待(身体的・放置)</li> </ul>	その他
(個人個人の特徴等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・性格 { _____ }</li> <li>・趣味 { _____ }</li> <li>・職歴、生活歴の特記事項 { _____ }</li> <li>・経済上の問題( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) { _____ }</li> <li>・希望する1日の過ごし方 { _____ }</li> </ul>	その他
<p>生活の意向(望む暮らし)</p> <p>本人 { _____ }</p> <p>家族 { _____ }</p>			