**課題整理総括表**

**別添様式③**

　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　自立した日常生活の　　　阻害要因（心身の状態、環境等） | ① | ② | ③ |  | 利用者及び家族の生活に対する意向 |  |
| ④ | ⑤ | ⑥ |
| 　状況の事実　※1 |  |
| 現在　※2 | 要因※3 | 改善/維持の可能性※4 | 備考（状況・支援内容等） |  | 見　通　し　※5 | 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】 | ※6 |
| 移動 | 室内移動 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 改善　　維持　　悪化 |  |  |  |  |
| 屋外移動 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |
| 食事 | 食事内容 | 　　　　支障なし　　　　支障あり |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |
| 食事摂取 | 　自立　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 調理 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |  |  |
| 排泄 | 排尿・排便 | 　　　　支障なし　　　　支障あり |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 排泄動作 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 口腔 | 口腔衛生 | 　　　　支障なし　　　　支障あり |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 口腔ケア | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
|  |  |
| 服薬 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 入浴 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 更衣 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 掃除 | 自立　　見守り　一部介助　　全介助　 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 洗濯 | 自立　　見守り　一部介助　　全介助　 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |  |  |
| 整理・物品の管理 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |
| 金銭管理 | 　自立　　見守り　一部介助　　全介助 |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |
| 買物 | 自立　　見守り　一部介助　　全介助　 |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |
| コミュニケーション能力 | 　　　　支障なし　　　　支障あり |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 認知 | 　　　　支障なし　　　　支障あり　 |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |
| 社会との関わり | 　　　　支障なし　　　　支障あり　　 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 褥瘡・皮膚の問題 | 　　　　支障なし　　　　支障あり |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |
| 行動・心理症状（ＢＰＳＤ） | 　　　　支障なし　　　　支障あり |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
| 介護力（家族関係含む） | 　　　　支障なし　　　　支障あり |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |
| 住居環境 | 　　　　支障なし　　　　支障あり　 |  | 　改善　　維持　　悪化 |  |
|  |  |  | 改善　　維持　　悪化　 |  |

※1　本書式は総括表でありアセスメントシートではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。　　　　　　　　　　　　※5　「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって

※2　介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　見込まれる事後の状況（目標）を記載する。

※3　現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外の場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。　　　　　　　　　　　　　　　　※6　本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には

※4　今回の認定有効期間における状況の改善/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　「－」印を記入。