

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

■ 家族構成と介護状況

家族構成図		家族の介護の状況・課題			
<p>女性=○, 男性=□ 分かれれば横に年齢を記載 本人=◎, 回 死亡=●, ■ 同居=○で囲む</p>					
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項(自治会、ボランティア等社会的活動)

■ インフォーマルな支援活用状況(親戚・近隣・友人、同僚・ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	特記事項
本人が受けたい支援/今後必要になると思われる支援	支援提供者	特記事項

3 サービス利用状況

() 時点

在宅利用(認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数を記載)

<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日		
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日		
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月	日		

<input type="checkbox"/> 配食サービス	月	回	<input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業)	月	回
<input type="checkbox"/> 洗濯サービス	月	回	<input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン	月	回
<input type="checkbox"/> 移動または外出支援	月	回	<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [
<input type="checkbox"/> 友愛訪問	月	回	<input type="checkbox"/> ()	月	回
<input type="checkbox"/> 老人福祉センター	月	回	<input type="checkbox"/> ()	月	回
<input type="checkbox"/> 老人憩いの家	月	回			
<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー	月	回			
<input type="checkbox"/> 身障/補装具・日常生活用具()					

直近の 入所・ 入院	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> その他の施設
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	施設・機関名 _____
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設(介護医療院)	所在地 〒 _____
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	電話 _____
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	
	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	
	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	

年金	<input type="checkbox"/> 老齢関係→ ()	健康 保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保)
	<input type="checkbox"/> 障害関係→ ()		<input type="checkbox"/> 組合健保	<input type="checkbox"/> 日雇い
	<input type="checkbox"/> 遺族・寡婦→ ()		<input type="checkbox"/> 国公共済	<input type="checkbox"/> 地方共済
制度 利用 状況	<input type="checkbox"/> 恩給		<input type="checkbox"/> 私立学校共済	<input type="checkbox"/> 船員
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	
	<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 労災保険→ ()	
	<input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付			
	<input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸付			
	<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)			
<input type="checkbox"/> 成年後見制度→ <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助		その他	<input type="checkbox"/> ()	
成年後見人等()			<input type="checkbox"/> ()	
			<input type="checkbox"/> ()	

4 住居等の状況

<input type="checkbox"/> 1戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅		家屋(居室を含む)見取図 ※段差には▲を記入			
()					
居室 等 の 状 況	ア. <input type="checkbox"/> 専用居室あり <input type="checkbox"/> 専用居室なし				
	イ. <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他()階⇒エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	ウ. <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド⇒ <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> その他()				
	エ. 陽あたり <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪				
	オ. 暖房 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	カ. 冷房 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
トイレ	ア. <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式	福祉機器 <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ↓使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> その他()				
	イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	ウ. トイレまでの段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
浴室	ア. <input type="checkbox"/> 自宅にあり <input type="checkbox"/> 自宅になし	福祉機器 <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない ↓使用している場合 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> その他()				
	イ. 手すり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	ウ. 浴室までの段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
諸設備	調理器具 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> IH	暖房器具	()		

【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

現在、在宅サービス等で実施している場合○
 現在、家族が実施している場合は○
 時々実施の場合は△
 本人・家族がサービス実施を希望する場合○
 要援助と判断される場合に○(確認)

●6-①基本(身体機能・起居)動作

要 介 護 認 定 項 目	1-1 麻痺等(複数可)	1	2	3	4	5	6
	1-2 拘縮(複数可)	1	2	3	4	5	
	1-3 寝返り	1	2	3			
	1-4 起き上がり	1	2	3			
	1-5 座位保持	1	2	3	4		
	1-6 両足での立位保持	1	2	3			
	1-7 歩行	1	2	3			
	1-8 立ち上がり	1	2	3			
	1-9 片足での立位保持	1	2	3			
	1-10 洗身	1	2	3	4		
	1-11 つめ切り	1	2	3			
	1-12 視力	1	2	3	4	5	
	1-13 聴力	1	2	3	4	5	
	1-14 関節の動き(複数可)	1	2	3	4	5	6

体位変換・起居

6-①1-1、1-2関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1)体位変換介助				
2)起居介助				

リハビリの必要性
<input type="checkbox"/> あり→P9
<input type="checkbox"/> なし

6-①基本(身体機能・起居)動作(1-10、1-12、1-13は別記)

【特記、解決すべき課題など】

入浴

6-①1-10関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1)準備・後始末				
2)移乗移動介助				
3)洗身介助				
4)洗髪介助				
5)清拭・部分浴				
6)褥瘡・皮膚疾患の対応				

2)移乗移動介助	
現 状	計 画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要
3)洗身介助	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 見守り必要
<input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 介助必要

【特記、解決すべき課題など】

<コミュニケーションの状況・方法(6-①1-12、1-13関係)>

ア. 視聴覚
 眼鏡使用 コンタクト使用 補聴器使用

イ. 電話
 あり なし

ウ. 言語障害
 あり() なし

エ. コミュニケーション支援機器の使用
 あり() なし

【特記、解決すべき課題など】

●6-②生活機能(食事・排泄等)

要介護認定項目	2-1 移乗	1	2	3	4
	2-2 移動	1	2	3	4
	2-3 えん下	1	2	3	
	2-4 食事摂取	1	2	3	4
	2-5 排尿	1	2	3	4
	2-6 排便	1	2	3	4
	2-7 口腔清潔	1	2	3	
	2-8 洗顔	1	2	3	
	2-9 整髪	1	2	3	
	2-10 上衣の着脱	1	2	3	4
	2-11 ズボン等の着脱	1	2	3	4
	2-12 外出頻度	1	2	3	
	2-13 飲水摂取	1	2	3	4

食事

6-②2-1～ 2-4関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サ-ビ`ス実施		
1)移乗介助				
2)移動介助				
3)摂取介助				

【特記、解決すべき課題など】

主食	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 () ()	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 () ()
副食	
<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 () ()	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 () ()
摂取介助	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要

<その他食事の現状(6-②2-4関係)>

ア. 食事場所 食堂 居室ベッド上
 布団上 その他居室内
 その他()

イ. 食堂までの段差 あり なし

ウ. 咀嚼の状況 問題なし 問題あり
 → 噛みにくい 時々噛みにくい
 とても噛みにくい

エ. 食事の内容
 一般食 糖尿食 K²₂
 高血圧食 g 抗潰瘍食
 その他()

排泄等

6-②2-5～ 2-11関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サ-ビ`ス実施		
1)準備・後始末				
2)移乗移動介助				
3)排尿介助				
4)排便介助				
5)口腔清潔介助				
6)洗面介助				
7)整容介助				
8)更衣介助				

排尿介助 (2-5)	
現状	計画
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポ-タブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポ-タブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ
排便介助 (2-6)	
<input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 介助あり <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポ-タブルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポ-タブルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門

【特記、解決すべき課題など】

<その他排泄の状況(6-②2-5、2-6関係)>

ア. 尿意
 ある ときどきある ない

イ. 便意
 ある ときどきある ない

外出

6-②2-12 関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サ-ビ`ス実施		
1)移送・ 外出介助				

【特記、解決すべき課題など】

●6-③認知機能

要介護認定項目	3-1 意思の伝達	1	2	3	4
	3-2 毎日の日課を理解する	1	2		
	3-3 生年月日や年齢を答える	1	2		
	3-4 面接調査の直前記憶	1	2		
	3-5 自分の名前を答える	1	2		
	3-6 今の季節を理解する	1	2		
	3-7 自分のいる場所を答える	1	2		
	3-8 徘徊	1	2	3	
	3-9 外出すると戻れない(迷子)	1	2	3	
	3-10 介護者の発言への反応	1	2	3	

6-③認知機能、6-④精神・行動障害 全般

家族等からの情報と観察		
-------------	--	--

●6-④精神・行動障害

要介護認定項目	4-1 被害妄想(物を盗られたなど)	1	2	3
	4-2 作話をする	1	2	3
	4-3 感情が不安定になる	1	2	3
	4-4 昼夜の逆転	1	2	3
	4-5 じつこく同じ話をする	1	2	3
	4-6 大声を出す	1	2	3
	4-7 介護に抵抗する	1	2	3
	4-8 落ち着きがない(「家に帰る」等)	1	2	3
	4-9 外に出たがり目が離せない	1	2	3
	4-10 ものを集める、無断でもってくる	1	2	3
	4-11 物を壊す、衣類を破く	1	2	3
	4-12 ひどい物忘れ	1	2	3
	4-13 独り言や独り笑い	1	2	3
	4-14 自分勝手な行動	1	2	3
	4-15 話がまとまらない、会話にならない	1	2	3
	4-16 幻視・幻聴	1	2	3
	4-17 暴言・暴力	1	2	3
	4-18 目的なく動き回る	1	2	3
	4-19 火の始末・管理	1	2	3
	4-20 不潔行為	1	2	3
	4-21 異食行動	1	2	3

援助の現状	(家族)	(サービス)
-------	------	--------

援助の希望 (本人)	
---------------	--

援助の希望 (家族)	
---------------	--

援助の計画	
-------	--

【特記、解決すべき課題など】

●6-⑤社会生活(への適応)力

要介護認定項目	5-1 薬の内服	1	2	3	
	5-2 金銭の管理	1	2	3	
	5-3 日常の意思決定	1	2	3	4
	5-4 集団への不適応	1	2	3	
	5-5 買い物	1	2	3	4
	5-6 簡単な調理	1	2	3	4
	5-7 電話の利用	1	2	3	
	5-8 日中の活動(生活)状況等	1	2	3	
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	1	2		

6-⑥医療・健康関係へ

6-⑤5-2、5-5 ~5-6関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)金銭管理				
2)買い物				
3)調理				
4)準備・後始末				

6-⑤5-7~ 5-8関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)定期的な 相談・助言				
2)各種書類 作成代行				
3)余暇活動 支援				
4)移送・外出 介助				
5)代読・代筆				
6)話し相手				
7)安否確認				
8)緊急連絡 手段の確保				
9)家族連絡 の確保				
10)社会活動 への支援				

<社会活動の状況(6-⑤5-8、5-9関係)>

ア. 家族等近親者との交流

あり() なし

イ. 地域近隣との交流

あり() なし

ウ. 友人知人との交流

あり() なし

緊急連絡・
見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

●6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める場合あり

要介護認定項目	処置内容	援助の現状			希望	要援助 →計画	現状 ↓	計画 ↓	具体的内容
		家族実施	サービス実施						
処置内容	1. 点滴の管理						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック
	2. 中心静脈栄養	1)測定・観察					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察
	3. 透析	2)薬剤の管理					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内服薬
	4. ストーマ(人工肛門)の処置	3)薬剤の使用					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	坐薬(緩下剤、解熱剤等)
	5. 酸素療法	4)受診・検査 介助					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
	6. レスピレーター (人工呼吸器)	5)リハビリテー ション					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	温・冷あみ法、湿布貼付等
	7. 気管切開の処置	6)医療処置の 管理					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注射
	8. 疼痛の看護	【特記、生活上解決すべき課題など】					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸引
	9. 経管栄養						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸入
	10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己注射(インスリン療法)
11. じょくそうの処置						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経管栄養法	
特別な対応	12. カテーテル (コンドームカテーテル、留 置カテーテル、ウロストーマ等)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素療法	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己導尿	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己腹膜灌流	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工肛門・人工膀胱管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疼痛管理	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	褥瘡管理	

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

(1)移動
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2)栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点 ()

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
 → 対処方針 ()

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 期待できる 期待できない 不明

(5)医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 訪問診療 訪問看護 看護職員による相談・支援 訪問歯科診療
 訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導
 訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()
 ・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()
 ・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

(7)感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい。)
 無 有 () 不明

7 全体のまとめ

災害時の対応の必要性について

必要性の有無 有 無

=>有の場合

災害時の連絡先 (家族以外/民生委員等)	(氏名) _____ (本人との関係)
	TEL. _____ FAX. _____ メール _____
備考	

権利擁護に関する対応の必要性について

必要性の有無 有 無

=>有の場合

備考	
----	--

■1日のスケジュール

	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること(好み)	援助の現状		要援助と判断される場合に計画した場合に○(確認)
			家族実施	サービス実施	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
1					
2					
3					
4					

(深夜) 4
 (深夜) 5
 (早朝) 6
 (早朝) 7
 (午前) 8
 (午前) 9
 (午前) 10
 (午前) 11
 (午後) 12
 (午後) 13
 (午後) 14
 (午後) 15
 (午後) 16
 (午後) 17
 (夜間) 18
 (夜間) 19
 (夜間) 20
 (夜間) 21
 (夜間) 22
 (夜間) 23
 (深夜) 24
 (深夜) 1
 (深夜) 2
 (深夜) 3
 (深夜) 4

◎ : 排便 △ : 食事 □ : 起床
 ○ : 排尿 ☆ : 入浴 ■ : 就寝