

横浜市在宅援助記録票に係る事務取扱要綱

制定 平成 31 年 4 月 1 日健福第 1518 号（局長決裁）

最近改正 令和元年 10 月 31 日健福第 888 号（局長決裁）

（目的）

第 1 条 この要綱は、区福祉保健センター及び地域ケアプラザ等の職員が、日常生活を営むにあたり支援を要する者の在宅生活を支援するにあたり、必要な記録と情報を整理し、組織的な対応を図るため、在宅援助記録票（以下「記録票」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（記録票の様式）

第 2 条 記録票の様式は、第 1 号様式を新規対象者の記録、第 2 号様式を継続支援対象者の記録とし、構成は別表のとおりとする。

2 記録票の様式は、健康福祉局福祉保健課、地域支援課、障害企画課、高齢在宅支援課、高齢施設課及び保健事業課が、協議のうえ定める。

（記録票の使用範囲等）

第 3 条 記録票は、次の用途に使用する（関係機関等への情報提供を含む）。

- (1) 個人援助の記録
 - (2) 福祉・保健サービス等の利用可否やその内容の判断
 - (3) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法に基づく障害福祉サービス、相談支援、地域生活支援事業の支給決定の際の、勘案事項の整理
- 2 前項の用途に該当する事業は区福祉保健センター業務において取扱う事業等（別に要綱等で援助記録様式が定められている業務を除く）とする。
- 3 記録票の記載方法等は、事業所管課が定める。

（記録票記入者）

第 4 条 記録票記入者は次に定める者とする。

- (1) 区福祉保健センターに属する社会福祉職、保健師、看護師、栄養士及び歯科衛生士等の職員
- (2) 地域ケアプラザ等の職員のうち相談支援に関わる者

（記録票対象者）

第 5 条 記録票対象者は、次に定める者とする。

- (1) 区福祉保健センター業務において取扱う事業等の対象者
- (2) 日常生活を営むにあたり支援を要する前条に定める記録票記入者の相談支援対象者

(個人情報の取扱い)

第6条 記録票記入者は、記録票対象者が福祉・保健サービス等の必要な支援を受けるにあたり必要な範囲内で個人情報を収集するものとする。

2 記録票に記入した個人情報を関係機関等に提供する場合は、法令又は条例の定めがある場合を除き、本人の同意を得なければならない。

(記録票の保存期間)

第7条 常用とする。また、常時使用する必要がなくなった後の保存期間は、別に定めがある場合を除き、5年とする。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、この事務の実施について必要な事項は、健康福祉局長が別に定める。

2 この要綱は、健康福祉局福祉保健課が所管する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(在宅援助記録票記入要領の廃止)

2 在宅援助記録票記入要領(平成8年12月1日施行)は、廃止する。

(経過措置)

3 この要綱の施行の際、廃止前の在宅援助記録票記入要領により作成されている記録票は、当分の間、適宜修正のうえ使用することができる。

附 則

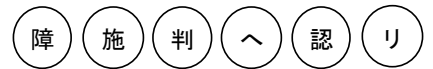
(施行期日)

この要綱は、令和元年11月1日から施行する。

別表

第1号様式—1	主に共通情報を記入するもの
第1号様式—2 ADL	主に高齢者の日常生活動作（以下、「ADL」という。）を記入するもの
第1号様式—2 ADL 身障	主に身体障害者のADLを記入するもの
第1号様式—3— a 医療・社会的活動	主に医療及び社会的活動の状況を記入するもの
第1号様式—3— b 介護者	主に介護者の状況を記入するもの
第1号様式—3— c サービス利用支援	主にサービス利用状況を記入するもの
第1号様式—3— d 居住環境	主に居住環境を記入するもの
第1号様式—3— e 認知症	主に認知症の状況を記入するもの
第1号様式—3— g	主に栄養指導を記入するもの
第1号様式—3— h	主に口腔衛生指導を記入するもの
第1号様式—3— i 知的障害	主に知的障害者のADLを記入するもの
第1号様式—3— j ① 基礎調査票・先天性障害	主に障害歴等を記入するもの
第1号様式—3— j ② 基礎調査票・共通	主に障害歴等を記入するもの
第1号様式—3— j ③ 重症心身障害	主に重症心身障害児・者のADLを記入するもの
第1号様式—3— k 精神障害	主に精神障害者のADLを記入するもの
第1号様式—4 援助計画	援助計画を記入するもの
第1号様式—5	障害福祉サービス等支給決定記録票
第2号様式①	主にADL・日常生活・医療情報を記入するもの
第2号様式②	主に経過を記録するもの

在宅援助記録票



(高 障 児 難 ね 認 虚)

年 月 日 記入者:

把握日	年 月 日		把握経路	1 区役所相談窓口 2 地域包括支援センター 3 居介支 4 基幹相談支援センター 5 指定特定 6 児相 7 サービス事業者										
訪問日	年 月 日			8 医療機関 9 要介護認定 10 民生委員等 11 生活支援センター 12 センター内引継 13 転入 14 その他() 15 不明										
担当者(訪問者には○)	福祉保健センター	社会福祉職	()	MSW	()	(他機関)	()							
		保健師	()	訪問看護師	()	()								
	地域包括支援センター	氏名:	所属・連絡先: ()											
	介護支援専門員/相談支援専門員	氏名:	所属・連絡先: ()											
基幹相談支援センター	氏名:	所属・連絡先: ()												
ふりがな氏名	様	性別	男・女	生年月日	M T S H	年 月 日生(歳)								
住所	区				職業	現況	在宅入院・入所()							
TEL	()	FAX	()											
対象者概要														
手帳等情報等	有	身障手帳:障害名	種 級	県・市 (No)	年 月 日交付									
	無	精神保健福祉手帳:	1級/2級/3級	交付日	年 月 日									
	申請中	愛の手帳:	県・市 (No)	年 月 日交付	程度()	次回判定年月: 年 月	判定機関:							
		知的障害者情報:	()	判定機関:	重心認定:有・無									
		要介護度等:	認定有効期間:	~	被保険者番号:	未申請・非該当・申請中								
		障害支援区分:	認定有効期間:	~	受給者証番号:	未申請・非該当・申請中								
		健康保険:	国保(本人・家族)	後期高齢者医療	社保(本人・家族)	医療扶助(生活保護)								
	主な収入:	給与 年金(国民・厚生・共済) (老齢・障害・遺族) 労災 生活保護等 その他												
世帯形態	1 単身 2 夫婦のみ 3 子ども世帯と同居(a 同一世帯 b 二世帯) 4 親族と同居(親 兄弟姉妹 その他) 5 単親世帯() 6 その他()													
世帯状況	氏名	生年月日	続柄	同別居	健康状態	介護者(主◎従○)	備考(連絡先、職業、税額等)							
		MT SH		同・別	良好・不良									
		MT SH		同・別	良好・不良									
		MT SH		同・別	良好・不良									
		MT SH		同・別	良好・不良									
		MT SH		同・別	良好・不良									
家族概況	家族構成													
利用中のサービス等	継続利用中のサービス(事業所名)			過去に利用したサービス(10履歴まで)										

氏名: 様 年 月 日 記入者:

動作		場所・補助具・介護状況など									
床 上	寝 返 り	1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない						電動ベッド 有・無			
	起き上がり	1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない									
	座位保持	1 できる 2 自分で支えれば可 3 支えが必要 4 不可									
	立位保持	1 できる 2 支えが必要 3 できない									
	移 乗	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助									
移 動	屋 内	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助						つたい歩き 介助歩行 はいずり			
	屋 外	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助						装具(杖 短下肢装具 歩行器 車椅子 その他())			
入 浴	浴槽出入り	1 自立 2 一部介助 3 全介助						方法	風呂 シャワー 清拭 訪問入浴		
	洗 身	1 自立 2 一部介助 3 全介助							福祉サービス()		
	洗 髪	1 自立 2 一部介助 3 全介助						身長	cm	体重	kg
	留 意 点										
排 泄	排 尿	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助						回数: /日 尿意:有・時々・無 伝達:可・不可			
	排 便	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助						回数: /日 便意:有・時々・無 伝達:可・不可			
		移動	自立 介助		失禁		無 時々 常時				
		腰掛動作	自立 介助		便通		普通 便秘 下痢				
		衣類着脱	自立 介助		方法	便所 ポータブルトイレ 尿器 おむつ バルンカテーテル ストマ 併用					
	後始末	自立 介助									
食 事	嚥 下	1 できる 2 見守り等 3 できない									
	食事摂取	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助						食堂 自室		箸 スプーン フォーク	
	食事形態	普通 軟食 きざみ ミキサー						ベッド上 その他		補助具 経管栄養	
	食事内容	常食 特別食()				食事回数:		食欲:			
	飲 水	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助									
清 潔	口腔清潔	1 自立 2 一部介助 3 全介助									
	洗 顔	1 自立 2 一部介助 3 全介助									
	整 髪	1 自立 2 一部介助 3 全介助									
	爪 切 り	1 自立 2 一部介助 3 全介助									
衣 類 着 脱	上 着	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助									
	ズボン等	1 自立 2 見守り等 3 一部介助 4 全介助									
I-ADL	金銭管理	1 自立 2 一部介助 3 全介助									
	電話の利用	1 自立 2 一部介助 3 全介助									
意思の疎通	日常の意思決定	1 自立 2 限定的に自立 3 中程度の障害 4 重度の障害									
	視 力	1 普通 2 1m先が見える 3 目の前が見える 4 ほとんど見えない 5 判断不能						視覚障害: 有(右 左) 無			
	聴 力	1 普通に聞こえる 2 やっと聞こえる 3 かなり大きな声なら聞こえる 4 ほとんど聞こえない 5 判断不能						聴覚障害: 有(右 左) 無 補聴器: 有 無			
	意思の伝達	1 伝達できる 2 時々伝達できる 3 ほとんど伝達できない 4 伝達できない						言語障害: 有 無			
	了 解 度	1 了解できる 2 ほぼ了解できる 3 容易に了解できない 4 できない						認知症症状: 有 無 精神症状: 有 無			
	指示への反応	1 指示が通じる 2 時々通じる 3 指示が通じない									
	特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスピレータ 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定 褥創の処置 カテーテル									
自立度	障害高齢者	正常(自立)	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知症高齢者	正常(自立)	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	その他	

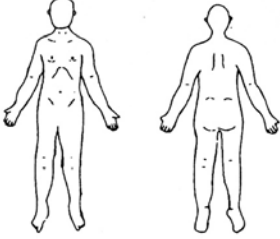
氏名: _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者: _____

動作						場所・補助具・介護状況など	
床 上	寝返り	自立	何かにつかまれば可	できない	電動ベッド 有・無 エアーマットの使用 有・無		
	起き上がり	自立	何かにつかまれば可	できない			
	座位保持	自立	自分で支えれば可・支えが必要	できない			
	立位保持	自立	支えが必要	できない			
	移 乗	自立	見守り・一部介助	できない			
移 動	屋 内	自立	見守り	一部介助	全介助	補装具の使用(杖 短下肢装具 歩行器 車椅子 その他)	
	屋 外	自立	見守り	一部介助	全介助		
入 浴	浴槽出入り	自立	見守り	一部介助	全介助	留意点(頻度等)	
	洗 身	自立	見守り	一部介助	全介助		
	洗 髪	自立	見守り	一部介助	全介助		
	方法:風呂 シャワー 清拭 入浴サービス				身長		cm 体重 kg
排 泄	排 尿	自立	一部介助	全介助	回数:	尿意:有・時々・無 伝達:可・不可	
	排 便	自立	一部介助	全介助	回数:	便意:有・時々・無 伝達:可・不可	
					失禁:	無 時々 常時 便通:普通 便秘 下痢	
	間接支援	不要	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する			
方 法	便所 Pトイレ 便尿器 オムツ パルンカテーテル ストマ						
食 事	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	補助具の使用(有・無) スプーン フォーク 箸 手づかみ	
	飲 水	自立	見守り	一部介助	全介助		
	嚥 下	自立	見守り				栄養状態
	食事形態	普通 軟食 きざみ ミキサー					
	食事内容	常食 特別食()				食事回数:	食欲:
清 潔	口腔清潔	自立	見守り・一部介助	全介助			
	洗 顔	自立	見守り・一部介助	全介助			
	整 髪	自立	見守り・一部介助	全介助			
	爪切り	自立	見守り・一部介助	全介助			
着 脱	上 着	自立	見守り・一部介助	全介助			
	ズボン等	自立	見守り・一部介助	全介助			
I-ADL	洗 濯	自立	一部介助	全介助			
	掃 除	自立	一部介助	全介助			
	整理・整頓	自立	一部介助	全介助			
	買 物	自立	一部介助	全介助			
	調 理	自立	一部介助	全介助			
	金銭管理	自立	一部介助	全介助			
	電話の利用	自立	一部介助	全介助			
コミュニケーションスキル	視 力	普通 1m先が見える 目の前が見える ほとんど見えない 判断不能				視覚障害: 有(右 左) 無 白杖の利用: 有 無	コミュニケーション機器
	聴 力	普通に聞こえる やっと聞こえる かなり大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない 判断不能				聴覚障害: 有(右 左) 無 補聴器: 有 無 手話: 可 不可	
	意思の伝達	伝達できる 時々伝達できる ほとんど伝達できない 伝達できない				言語障害: 有 無	
	理解度	特に問題なし 一部相手の身振り・言葉が理解できる 他者の身振り・言葉が理解できない				認知症症状: 有 無 精神症状: 有 無	
	話 す	普通に話す 聞き取りにくい 聞き取れない				知的障害: 有 無	
	書 く	書ける 読み取りにくい 書けない					
	読 む	読める(墨字 点字) 読めない					
要配慮行動	有・無						

氏名: 様 年 月 日 記入者:

既往・現病歴	時 期	病 名	医療機関 現在の主治医はTEL・住診の有無	内 容 (受 診 状 況 な ど)		
服薬状況				内服	自立 一部介助 全介助	
				感染症	1 有 MRSA 疥癬 結核 緑膿菌 その他 2 無	
身体状況	一般状態	機能障害の程度・皮膚の状態 (麻痺・関節の状態・発赤・浮腫・褥創 等)				
	栄養状態					
	口腔状態					義歯:有(合う 合わない 痛む)・無 歯痛(有・無) しみる(有・無) 動揺痛(有・無) 歯肉の炎症(有・無) 口臭(有・無) 食物残渣(有・無)
	その他					
睡眠	1 普通 2 まあまあ眠れる 3 あまり眠れない	睡眠時間				
I A D L	掃 除	1 している 2 しているが不十分 3 していない				
	洗 濯	1 している 2 しているが不十分 3 していない				
	調 理	1 している 2 しているが不十分 3 していない				
	買 物	1 している 2 しているが不十分 3 していない				
生 活 歴				嗜好	飲酒	
					喫煙	
社 会 的 活 動 等	集団への不適応	1 ない 2 ときどきある 3 ある				
	1日の過ごし方	0	12	24		
	家庭内での役割・日課					
	外出頻度 外出先					
	相談相手 知人・近所との交流					
	趣味 生きがい 楽しみ					

対象者氏名: _____ 様 / 介護者氏名: _____ 様 年 月 日 記入者: _____

健康 管 理	<input type="checkbox"/> 1 生活習慣病、腰痛、更年期障害などがある <input type="checkbox"/> 2 定期受診が必要な疾患があるのに受診していない <input type="checkbox"/> 3 疾病のコントロールが思わしくない <input type="checkbox"/> 4 定期的に健診を受けておらず、疾病予防を心がけていない <input type="checkbox"/> 5 過度の睡眠不足がある <input type="checkbox"/> 6 その他	既往・現病歴・主治医
	主訴・バイタルサイン等 <div style="text-align: center;">  </div>	服薬
精 神 面	<input type="checkbox"/> 7 介護負担感が大きい <input type="checkbox"/> 8 身体症状に伴う悩みがある <input type="checkbox"/> 9 介護が大変になるのではないかと今後の不安が大きい <input type="checkbox"/> 10 介護以外にも問題・悩みを抱えている <input type="checkbox"/> 11 介護以外のことを考える精神的ゆとりがない <input type="checkbox"/> 12 気分転換がうまくできていない <input type="checkbox"/> 13 その他	特記事項
役 割 ・ サ ー ビ ス 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 14 家庭内で介護の役割分担ができていない <input type="checkbox"/> 15 介護を一人で背負い込んでいる <input type="checkbox"/> 16 介護者自身に何かあった時の対応を考えていない <input type="checkbox"/> 17 要介護者本人がサービス利用に消極的である <input type="checkbox"/> 18 介護者自身がサービス利用に消極的である <input type="checkbox"/> 19 サービス利用方法の理解のための支援が必要 <input type="checkbox"/> 20 ケアマネジャーと十分相談できていない <input type="checkbox"/> 21 経済的負担を気にしている <input type="checkbox"/> 22 その他	
家 族 ・ 近 隣 社 会 関 係	<input type="checkbox"/> 23 相談できる人がいない <input type="checkbox"/> 24 介護に対する理解が得られていない <input type="checkbox"/> 25 介護者同士のつながりがない <input type="checkbox"/> 26 その他	
要 介 護 者 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 27 良好な関係とはいえない <input type="checkbox"/> 28 役割の交替・変化があり、困っていることがある <input type="checkbox"/> 29 本人ができることも手を出してしまう <input type="checkbox"/> 30 症状に応じた介護方法の理解が乏しい <input type="checkbox"/> 31 病状の理解が不十分で、本人に過度の期待をしている <input type="checkbox"/> 32 イライラして、たたいたりしてしまうことがある <input type="checkbox"/> 33 イライラして、強く叱ったりしてしまうことがある <input type="checkbox"/> 34 わざと無視したりして、感情的になることがある <input type="checkbox"/> 35 その他	
そ の 他		

(第1号様式-3-C サービス利用支援)

氏名: _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者: _____

介護保険サービス(介護給付・予防給付)		既利用	希望	必要	回数、内容、事業所、品目など					
在宅	訪問介護									
	訪問入浴介護									
	訪問看護									
	訪問リハ									
	居宅療養管理指導									
	通所介護									
	通所リハ									
	短期入所生活介護									
	短期入所療養介護									
	福祉用具(貸与・購入)									
	住宅改修									
	特定施設入居者生活介護									
	施設	特別養護老人ホーム							<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>居宅介護支援依頼先</p> <p>1 本人家族が連絡し、決める <input type="checkbox"/> 依頼先が決まっている <input type="checkbox"/> 空き情報提供</p> <p>2 行政からの連絡調整が必要</p> <p>事業所名 (_____)</p> <p>介護予防支援/介護予防ケアマネジメント依頼先 地域包括支援センター (_____)</p> </div>	
介護老人保健施設										
介護療養型医療施設										
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護									
	夜間対応型訪問介護									
	認知症対応型通所介護									
	小規模多機能型居宅介護									
	認知症対応型共同生活介護									
	地域密着型特定施設入居者生活介護									
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護									
看護小規模多機能型居宅介護										
地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業等)		既利用	希望	必要	備考					
横浜市訪問介護相当サービス										
横浜市訪問型生活援助サービス										
横浜市訪問型短期予防サービス										
横浜市通所介護相当サービス										
横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業					横浜市通所型支援 ・ 横浜市訪問型支援 ・ 横浜市配食支援 ・ 横浜市見守り支援					
その他		既利用	希望	必要	非該当	開始	廃止	備考		
市高齢者サービス	要介護者	在宅生活支援ホームヘルプ								
		高齢者等住環境整備								
		食事サービス								
		訪問理美容								
		外出支援サービス								
	日常生活用具(紙おむつ)									
	共通	あんしん電話・福祉電話								
養護老人ホーム										
非該当	生活支援ショートステイ									
障害者サービス	身体障害者手帳									
	補装具									
	日常生活用具									
	総合支援法(居宅介護・ガイドヘルプ)									
	障害住環境整備									
	高齢重度障害者医療助成									
保健サービス	訪問指導									
	元気づくりステーション									
	中途障害者地域活動センター									
	認知症高齢者保健福祉相談									
	認知症初期集中支援チーム									
経済的支援	在宅サービス負担助成/社福軽減/介護保険料減免									
	水道料減免									
	粗大ごみ手数料減免									
	所得税・市民税控除									
	生活困窮者自立支援制度									
	生活保護									
その他	移送サービス(社協、その他)									
	ごみの持ち出し収集(ふれあい収集、粗大ゴミの持ち出し収集)									
	権利擁護事業									



氏名: 様 年 月 日 記入者:

認知症診断	1 無	SWの判断 PHNの判断 MSWの判断 家族の判断 その他()		
	2 有	診断名: アルツハイマー型認知症 血管性認知症 レビー小体型認知症 前頭側頭型認知症 その他()		
		診断機関:	主治医:	診断時期:
認知症の治療歴	1 無 2 有			
薬物療法	1 受けている			
	2 受けていない			
精神疾患	1 無 2 有	病名:		
		医療機関名:	主治医:	
経過				
程度	了解度	1 一度言えば了解する 2 ほぼ了解する 3 容易に了解できない 4 全く了解できない		
	記憶障害	1 時々物忘れはあるが指摘すれば納得する 2 時々物忘れがあり、同じ事をしたり言ったりする		
		3 直前のことも忘れ、昔の事柄・出来事だけしか覚えていない 4 何事も全く覚えがない		
失見当	1 無 2 有 (場所・人・時間・季節)			
行動・ 心理症状/ 精神症状 など	1 被害的傾向			
	2 作話			
	3 感情が不安定			
	4 昼夜逆転			
	5 同じ話をする			
	6 大声を出す			
	7 介護に抵抗			
	8 落ち着きなし			
	9 一人で出たがる			
	10 収集癖			
	11 物や衣類を壊す			
	12 ひどい物忘れ			
	13 独り言・独り笑い			
	14 自分勝手に行動する			
	15 話がまとまらない			
	16 不潔行為			
	17 異食行動			
	18 幻視・幻聴			
	19 暴言・暴行			
	20 外出して戻れない			
	21 火の不始末			
	22 常時の徘徊			
	23 その他			
介護上困っていること			家族の認知症への理解度・了解度	

栄養指導記録(初回)

把握番号

訪問・面接・電話連絡・その他

部長	課			医師	福祉保健課		
	課長	係長	担当		課長	係長	担当

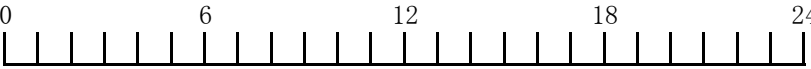
訪問年月日	年 月 日 () 時 ~ 時	訪問者	栄養士氏名 同行者氏名(職種)
ふりがな氏名	M・T・S・H 年 月 日 (歳) 男 女	住所	横浜市 区 TEL
訪問目的		評価・今後の計画	
把握方法()			
主な疾病(現病歴)及び主治医連絡・指示等		身体状況及び食環境	身長: cm 体重: kg 肥満度:
主治医()			血圧: / 体脂肪率:
指示事項 あり()・なし			血液データ:
			その他
家族状況: 主介護者()		日常生活自立度() 食事介助(有・無)	食事作り担当者 本人・()
サービスの利用状況: 介護認定()		嚥下障害の有無 (有・無)	咀嚼状況の障害 (有・無)
		嗜好等:	
日常生活(生活活動状況)			
<p>0 6 12 18 24</p>			
食生活の現状と課題		指導内容及び改善点	
食欲 (旺盛・普通・ない) 食事形態			
		スタッフへの連絡事項	

栄養指導記録（継続）

把握番号 _____

訪問・面接・電話連絡・その他

部長	課			医師	福祉保健課		
	課長	係長	担当		課長	係長	担当

訪問 年月日	年 月 日 () 時 ~ 時	訪問 者	栄養士氏名	同行者氏名(職種)
ふりがな 氏名	男 女	住 所	横浜市 区	TEL
M・T・S・H 年 月 日 (歳)				
訪問目的		評価・今後の計画		
把握方法 ()				
主な疾病(現病歴)及び主治医連絡・指示等		身体状況及び食環境の変化		
日常生活(生活活動状況)				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 0 6 12 18 24 </div> 				
食生活の現状と課題		指導内容及び改善点		
		スタッフへの連絡事項		

口腔衛生指導記録（初回）

歯科No. _____

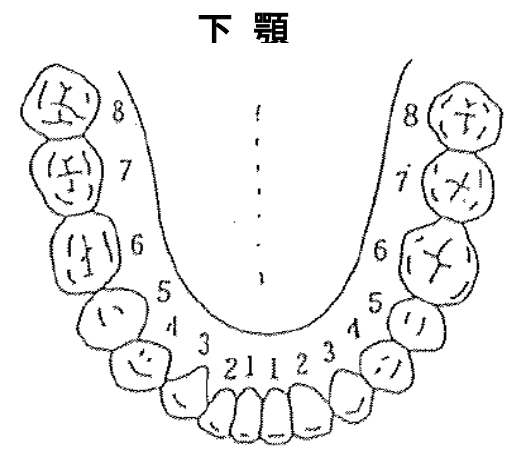
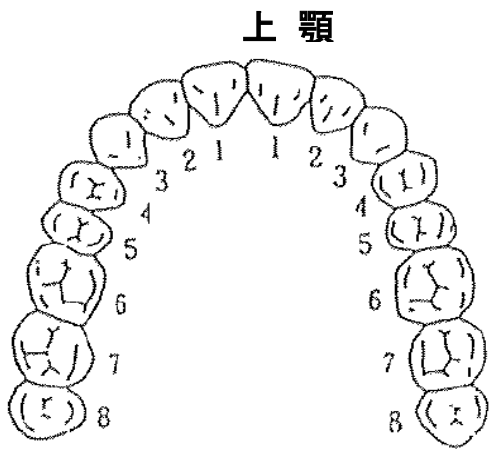
把握No. _____

部長	高齢（・障害）支援課			医師	福祉保健課		
	課長	係長	担当		課長	健康づくり係長	担当

訪問年月日	年 月 日 ()	訪問者	歯科衛生士	その他	担当	保健師
氏名	M・T・S・H 年 月 日 (歳)	住所	横浜市 区			
			電話 -			

<主訴・経過>	最終歯科治療	年 頃
	歯科医院	TEL
	治療時の状態	異常 (あり・なし)
<希望>	<義歯>	
	①義歯の使用	
	上顎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 必要なし
	下顎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 必要なし

<口腔疾患>		<口腔衛生>		②使用状況		
① う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	① 口腔清掃	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い	上顎	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 使用せず	
② 歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	② 口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	下顎	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 使用せず	
③ 歯肉発赤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	③ うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	③義歯の適合		
④ 歯肉の出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<摂食嚥下障害>		上顎	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 破損	
⑤ 口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	① 摂食状況	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	下顎	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 破損	
⑥ 口唇部褥そう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	① 開口障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	④ 清掃状態 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		
⑦ 舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	② 嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⑤ 装着状況		
⑧ 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	③ 咀嚼障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食事時	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
⑧ 唾液	量 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 多い	その他	歯石沈着	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	就寝時	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	質 <input type="checkbox"/> さらさら <input type="checkbox"/> 粘張		歯の動揺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⑥ 洗浄剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
				⑦ 安定剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		



<問題点>	<今後の方針>	<口腔衛生指導継続理由等>
	1 訪問診療 (1) 区歯科医師会 (2) その他 2 通院 3 口腔衛生指導 4 終了	次回予約 _____年 月 日

氏名: _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者: _____

				具体的な様子	
身 辺 処 理	食 事	自立	見守り・声かけが時々必要 身体的一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	排 泄	自立	見守り・声かけが時々必要 身体的一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	衣服着脱	自立	見守り・声かけが時々必要 身体的一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	入 浴	自立	見守り・声かけが時々必要 身体的一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	身だしなみ	自立	見守り・声かけが時々必要 身体的一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	生理の始末	自立	見守り・声かけが時々必要 身体的一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	服薬・健康管理	自立	見守り・声かけが時々必要 身体的一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
(その他支援が必要な状況)					
コ ミ ュ ニ ケー ション	意思表示の 手段・程度	特に問題 なし	一部、意思表示できる	身ぶり、言葉で意思を表示 できない	
	他者からの意 思伝達の理解	特に問題 なし	一部、相手の身ぶり、言葉 が理解できる	他者の身ぶり、言葉が理解 できない	
(その他支援が必要な状況)					
日 常 生 活	洗 濯	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	掃 除	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	整理・整頓	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	買 物	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	調 理	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
社 会 生 活	屋外移動	特に問題 なし	慣れたところは可	常に支援が必要	
	対人関係	特に問題 なし	一部支援が必要	全面的に支援が必要	
	金銭管理	特に問題 なし	一部支援が必要	全面的に支援が必要	
	文 字	簡単な文章 の読み書き はできる	自分の名前など慣れたこと の読み書きはできる	文字の読み書きはできない	
	集 団	指示すれば 順番を待ち たり交代し たりできる	簡単なルールの集団活動に 参加できる	学校、作業所、施設、職場 の規則に従って生活できる	
	時 間	時計がわか る	時計でおおまかな時間がわ かる	わからない	
要配慮行動(ほぼ毎日あり→◎/週1、2回程度あり→○/週1回未満→△/なし→×)					
強いこだわり()、多動()、パニック()、睡眠障害()、食事・排泄に係る不適応行動()、自傷他害()					
単価区分共通					
(具体的な状況)					

氏名: 様 記入者:

聞き取り相手	1 本人 2 家族 3 その他()	聞き取り日	年 月 日
胎 生 期	【感染症など】		
	----- -----		
出 生 期	第 子 在胎期間 週(月) 分娩経過(正常・鉗子分娩・帝王切開)		
	胎位(順位・骨盤位) 仮死(一・+ 分) 黄疸(軽度・中等度・高度)		
乳 幼 児 期	哺乳(良・不良) 出生体重 g 身長 cm 頭囲 cm		
	----- -----		
学 齡 期	てんかん(十・一) 初発 歳 ヶ月 / 坐位 ヶ月 始歩 ヶ月 始語 ヶ月		
	健診での指摘(1歳6か月 / 3歳)		
学 齡 期	友達遊び(よくできた・少しできた・できなかった)		
	遊びの特徴()		
学 齡 期	保育園・幼稚園() 訓練会など()		
	就学前健診での指摘()		
学 齡 期	相談歴【相談機関】		
	【時期】		
学 齡 期	【学校名】 【期間】		
	(普・個・養) 年 月～ 年 月(転・卒)		
学 齡 期	(普・個・養) 年 月～ 年 月(転・卒)		
	(普・個・養) 年 月～ 年 月(転・卒)		
学 齡 期	(普・個・養) 年 月～ 年 月(転・卒)		
	【施設名】 【期間】		
学 齡 期	(種別:) 年 月～ 年 月		
	(種別:) 年 月～ 年 月		
学 齡 期	(種別:) 年 月～ 年 月		
	相談歴【相談機関】		
学 齡 期	【時期】		
	----- -----		

氏名: _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者: _____

大島分類:		具体的内容	
呼吸	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (自発呼吸: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> エアウェイ・下咽頭チューブ		
姿勢	<input type="checkbox"/> どんな姿勢でも首の座りなし <input type="checkbox"/> 寝たきりではあるが腹臥位で顔をあげる <input type="checkbox"/> 寝たきりではあるが背臥位で顔をあげる <input type="checkbox"/> 寄りかかっの座り可能 <input type="checkbox"/> 寄りかかりなしの座り可能 <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> ひざ立ち <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> ひとり立ち	<input type="checkbox"/> 体位交換(頻度: _____ 状態: _____)	
移動	<input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> 四つ這い移動 <input type="checkbox"/> 軸回り移動 <input type="checkbox"/> ひざ立ち移動 <input type="checkbox"/> 背這い移動 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> ひじ這い移動 <input type="checkbox"/> 両手支え歩き <input type="checkbox"/> 片手支え歩き <input type="checkbox"/> 半寝返り <input type="checkbox"/> 完全寝返り <input type="checkbox"/> 座位での移動 <input type="checkbox"/> 不安定独歩	補装具の使用(杖 下肢装具 歩行器 車椅子 その他)	
食事	(1)摂取方法 <input type="checkbox"/> 口の中に入れても嚥下困難 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 持続注入(カンガルーポンプ) <input type="checkbox"/> 口の中に入れて嚥下可能 <input type="checkbox"/> 口の中に入れて咀嚼可能 <input type="checkbox"/> 時々みてあげるとなんとか一人で食べる <input type="checkbox"/> 見守りで上手に食べる		
	(2)介助姿勢 <input type="checkbox"/> 寝かせて <input type="checkbox"/> 上半身を高く寝かせて <input type="checkbox"/> 抱いて <input type="checkbox"/> 椅子に座らせて <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	(3)食事の形態 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟食軟菜 <input type="checkbox"/> その他	(内容: _____ 回数: _____)	
排泄	(1)排泄 <input type="checkbox"/> 知らせないで全介助 <input type="checkbox"/> 知らせるが全介助 <input type="checkbox"/> 時間で尿・便器をあてれば失敗なし <input type="checkbox"/> 起きている時は出れば教える <input type="checkbox"/> 眠っている時も出れば教える <input type="checkbox"/> 出る前に教える		
	(2)オムツの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(交換: _____ 回/日)		
	(3)便秘対応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(口服薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便)		
	(4)その他 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう		
睡眠	(1)起床時間(_____ : _____) (2)就寝時間(_____ : _____) (3)睡眠状況(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) (4)午睡の状況(<input type="checkbox"/> あり 時頃~ 時頃)		
清潔	(1)入浴 <input type="checkbox"/> 好む <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> 不明 入浴回数 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回 入浴方法 <input type="checkbox"/> 風呂 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴サービス (2)歯磨き <input type="checkbox"/> 嫌がらない <input type="checkbox"/> 嫌がる <input type="checkbox"/> 不明	回数(_____ /日)	
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見えているようだがはっきりしない <input type="checkbox"/> 視力は弱いが見えているようだ <input type="checkbox"/> 判断不能	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえているようだがはっきりしない <input type="checkbox"/> 強い刺激音に反応あり <input type="checkbox"/> 判断不能	
	表現	<input type="checkbox"/> 二語文・単語で可能 <input type="checkbox"/> 身振り・表情等で表現 <input type="checkbox"/> 不可能	
	理解	<input type="checkbox"/> 日常会話を理解する <input type="checkbox"/> 身体的接触に反応 <input type="checkbox"/> 不明	
行動精神障害及び	①強いこだわり <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ②多動 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ③パニック <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ④その他不安定な行動 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⑤睡眠障害 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	⑥食事・排泄に係る不適切な行動 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⑦自傷・他害行為 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⑧抑うつ症状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⑨強迫症状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⑩無為 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
その他	(配慮事項)		

留意点等(情緒安定の方法等)

氏名: 様 年 月 日 記入者:

1 自立生活能力					
※記入にあたって、以下を基準にし、当てはまる所に○を記入					
1:自立 2:見守り 3:一部介助 4:全介助					
A 身の回りのこと					備考
(1)個人衛生	1	2	3	4	
(2)自室の整頓	1	2	3	4	
(3)金銭管理	1	2	3	4	
(4)洗濯	1	2	3	4	
(5)買い物	1	2	3	4	
(6)食事をとる	1	2	3	4	
(7)食事をつくる	1	2	3	4	
B 安全管理					
(1)危険な行為かどうかの判断ができる	1	2	3	4	
(2)火の始末ができる	1	2	3	4	
C 健康管理					
(1)定期的な通院ができる	1	2	3	4	
(2)服薬管理ができる	1	2	3	4	
(3)身体健康の管理	1	2	3	4	
D 社会資源の活用					
(1)交通機関の利用ができる	1	2	3	4	
(2)金融機関の利用ができる	1	2	3	4	
(3)電話の利用ができる	1	2	3	4	
E 対人関係					
(1)あいさつなど最低限のつきあいができる	1	2	3	4	
(2)協調性	1	2	3	4	
(3)自発性	1	2	3	4	
(4)友人等との付き合い	1	2	3	4	
F 社会的役割・時間の活用					
(1)自分なりの社会的役割を持つ	1	2	3	4	
(2)自由時間の過ごし方	1	2	3	4	
(3)生活リズム	1	2	3	4	
2 緊急時の対応					
A 心配事(ストレスをうけた)の相談ができる	1	2	3	4	
B 悪化時の対処	1	2	3	4	
3 配慮が必要な社会行動					
A 公共の場でのマナーに配慮できる	1	2	3	4	
B 自殺ないし自傷の念慮や行爲がない	1	2	3	4	
* 要配慮行動					
4 生活上の困難な問題					
A: すぐに要改善 B: 改善が必要 C: できるなら改善が必要 D: 現状維持					備考
(1)生活費など経済的な問題	A	B	C	D	
(2)住まいの問題	A	B	C	D	
(3)日中活動の場の問題	A	B	C	D	
(4)気軽に相談できる相談相手の問題	A	B	C	D	
(5)日常生活について手助けをしてくれる人の問題	A	B	C	D	
(6)家族関係の問題	A	B	C	D	
* その他の問題					
5 主治医の意見					
					※必要に応じて聞き取り
a.福祉サービスの利用について					
b.禁忌事項等					
<情報聴取先>機関名: 医師名: 記入日:					

ケア必要度の算出=A身の回りのこと() + {B安全管理() ÷ 2} + C健康管理()
+ D社会資源の活用() + E対人関係() + F社会的役割・時間の活用()
+ 緊急時の対応() + 配慮が必要な社会行動()

計 点 / 100点

(第1号様式-4 援助計画)

氏名: _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者: _____

担当部長	課長	係長	SW	PHN	MSW	NS			

援助方針		
意向・ニーズ	目標・計画	援助内容

ウィークリー/マンスリー・プラン 省略 (別添 週間計画表・居宅サービス計画書 第3表・_____参照)

	月	火	水	木	金	土	日

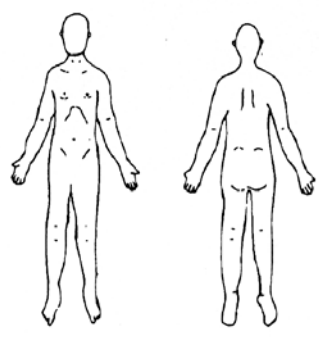
備考	
----	--

次回評価・訪問時期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

訪問指導	対象者種別	1 非該当 2 障害者 3 対応困難・虐待等 4 サービス調整 5 保健指導必要者 6 介護者支援 7 その他 8 39歳以下
	要介護者系	1 被虐待・被虐待リスク 2 対応困難 3 事業者等の後方支援 4 直接的看護ケアの提供 5 保健・医療・福祉制度利用の情報提供・相談・調整 6 重度の認知症への支援 7 緊急対応支援 8 その他
	介護予防系	21 ひとり暮らし高齢者への支援 22 高齢世帯への支援 23 生活習慣病悪化予防のセルフケア支援 24 閉じこもり予防 25 転倒予防 26 低栄養状態予防 27 口腔衛生管理支援 28 認知症予防 29 認知症の初期対応 30 日常生活支援 31 家族関係調整支援 32 その他
	介護者系	41 高齢介護者 42 健康管理の支援 43 精神面の支援 44 介護の代替者なし・サービス利用上の支障あり 45 家族・近隣・社会関係の調整支援 46 要介護者との関係性の調整支援 47 その他

サービスの種類		新規		変更		
		支給量	期間	支給量	期間	
介護給付	居宅介護	【身体介護】 区分1以上（児童は不要）	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
		基準時間 時間/週 〔1回あたり 時間〕 二人派遣(無・有→内 時間/月)	時間/週	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/週	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
		【家事援助】 区分1以上（児童は不要）	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
		基準時間 時間/週 〔1回あたり 時間〕 二人派遣(無・有→内 時間/月)	時間/週	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/週	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
	【通院等介助】 区分1以上（児童は不要）	身体介護を <input type="checkbox"/> 併用	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
	〔1回あたり 時間〕 二人派遣(無・有→内 時間/月)	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	【通院等乗降介助】 区分1以上（児童は不要）	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	二人派遣(無・有→内 回/月)	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	【重度訪問介護】 区分4以上	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	基準時間 時間/週 二人派遣(無・有→内 時間/月) 移動加算(無・有→内 時間/月) 加算<なし・8.5%(区分6)・15%(要介護度の身障)>	時間/週	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/週	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
【同行援護】 アセスメント票該当	<input type="checkbox"/> 盲ろう者 <input type="checkbox"/> 基本	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
基準48時間/月 二人派遣(無・有→内 時間/月)	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
【行動援護】 区分3以上 判定基準表10点以上	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
基準48時間/月 二人派遣(無・有→内 時間/月)	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
【重度障害者等包括支援】 区分6	支給量は平均報酬単位	グループホーム利用(有・無)	二人派遣(有・無)			
【施設入所支援】 (基本・訓練・経過措置)	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
重度障害者支援加算(身障・身障程度・知障)	地域生活移行個別支援特別加算(該当・非該当)					
【療養介護】 (基本・児童移行)	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
【短期入所】 (基本・療養・遷延性・重心児)	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
重度障害者支援加算(該当・非該当) 重度障害者支援加算強度行動障害対象者(該当・非該当) 福祉型医療的ケア加算(該当・非該当) 児童単価区分(1・2・3・重心児)						
【生活介護】 (基本・経過措置)	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
重度障害者支援加算(該当・非該当)						
訓練等給付	【自立訓練】 (機能訓練・生活訓練)	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	暫定支給決定期間() 標準利用期間()					
	社会生活支援特別加算(該当・非該当) 特別地域加算(該当・非該当)					
	【宿泊型自立訓練】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	暫定支給決定期間() 標準利用期間()					
	地域生活移行個別支援特別加算(該当・非該当) 精神障害者地域移行特別加算(該当・非該当) 強度行動障害者地域移行特別加算(該当・非)					
	【就労移行支援】 (基本・養成型)	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
更生訓練費(該当・非該当) 暫定支給決定期間() 標準利用期間()						
在宅時生活支援サービス加算(該当・非該当) 社会生活支援特別加算(該当・非該当)						
【就労継続支援】 (A型・B型)	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	原則日数 日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
暫定支給決定期間()						
在宅時生活支援サービス加算(該当・非該当) 社会生活支援特別加算(該当・非該当)						
【就労定着支援】	標準利用期間()	特別地域加算(該当・非該当)				
【共同生活援助】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
居宅介護・重度訪問介護利用(有・無)	特定障害者特別給付費(該当・非該当)		居宅介護・重度訪問介護利用(有・無)			
特定障害者特別給付費(該当・非該当)	重度障害者支援加算(該当・非該当)		重度障害者支援加算(該当・非該当)			
地域生活移行個別支援特別加算(該当・非該当)	精神障害者/強度行動障害者地域移行特別加算(該当・非該当)		精神障害者/強度行動障害者地域移行特別加算(該当・非該当)			
【自立生活援助】 (退所後1年未満・退所後1年以上・その他)	特別地域加算(有・無)					
地域生活支援事業	移動支援	【移動介護】	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
		二人派遣(無・有→内 時間/月)	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
		【通学通所】	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
		二人派遣(無・有→内 時間/月)	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	時間/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
	【自立支援加算】	支給期間最大6か月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	支給期間最大6か月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	【乗降介助】	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	二人派遣(無・有→内 回/月)	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	二人派遣(無・有→内 回/月)	回/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
【地域活動支援センター(デイ型)】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
【日中一時支援】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
【入浴サービス(訪問・施設)】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
<input type="checkbox"/> 意見書確認済						
給支相計 付援談画	【計画相談支援】	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・			
支援給 相付談	【地域移行支援】	特別地域加算(有・無)				
	【地域定着支援】	特別地域加算(有・無)				
障害児 通所支 援	【児童発達支援】 (基本・重心・難聴児)	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	人工内耳装用児支援加算(有・無) 強度行動障害児支援加算(有・無)					
	【医療型児童発達支援(肢体)】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	【居宅訪問型児童発達支援】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	【放課後等デイサービス】 (基本・重心)	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
指標該当の有無(有・無) 強度行動障害児支援加算(有・無)						
【保育所等訪問】	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	日/月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		

(第2号様式①)

課長	係長	SW	PHN	MSW	NS	作成日: 年 月 日	
						作成者:	
氏名	(様 歳)	把握方法	1 電話 2 訪問 3 その他				
		相手	1 本人 2 家族() 3 その他()				
訪問目的						ADL/IADL 1支障なし 2 支障ないが困難 3支障あり	
主訴など		A D L	移動	1	2	3	
			排泄	1	2	3	
			食事	1	2	3	
			清潔	1	2	3	
			I A D L	調理	1	2	3
				買物	1	2	3
				掃除	1	2	3
				洗濯	1	2	3
				金銭管理	1	2	3
			状況など				
アセスメント							
援助内容							
計画							

次回評価・訪問時期: 年 月 日

判定	日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	認知症高齢者日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・その他				
	介護保険	認定(非該当、要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 申請中 未申請 / 事業対象者				
訪問指導 処理欄	対象者種別	1 非該当 2 障害者 3 対応困難・虐待等 4 サービス調整 5 保健指導必要者 6 介護者支援 7 その他 8 39歳以下				
	要介護者系	介護予防系	介護者系	(初回記録の処理欄から番号を選び記載)		
	削	年 月 日				
	除	1 死亡 2 市外転出 3 市内転出 4 長期入院・入所 5 訪問拒否 6 対象外 7 介護保険移行 8 他係・担当への引継 9 その他 10 不明				

