

介護予防・生活支援サービス事業(訪問型サービス)

No. _____

アセスメント/訪問型サービス計画書/モニタリング

事業所名 _____

作成者名 _____

【基本情報】

利用者氏名	_____	生年月日	担当ケアマネ	_____
		年 月 日		
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	状態区分	申請中 ・ 要支援 1 ・ 2 ・ 事業対象者	
計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	利用サービス	身体ヘルプ ・ 元気ヘルプ ・ 生活ヘルプ	

【アセスメント】

訪問日	平成 年 月 日
作成日	平成 年 月 日

【訪問型サービス計画書】

作成日	平成 年 月 日
-----	----------

別紙、計画書について、説明を受け実施することに同意します

平成 年 月 日

説明者 _____

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

【モニタリング・評価】

評価者	_____	評価実施日	平成 年 月 日
<p>■サービスの実施状況</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()</p> <p>未実施 実施</p> <p>■目標の達成度</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()</p> <p>未達成 達成</p> <p>■利用者及び家族の満足度</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ()</p> <p>不満足 満足</p> <p>■今後の方針・計画変更の必要性等</p> <p>()</p> <p>■他事業所との連携</p> <p>()</p>			

上記の評価について説明を受けました

平成 年 月 日

説明者 _____

氏名 _____ 印

訪問型サービス 利用者基本情報

記入日 年 月 日

記入者

【基本情報】

ふりがな		性別	年齢	生年月日
利用者氏名			歳	M・T・S 年 月 日
住所	〒		電話番号	
世帯類型	1. 同居 2. 日中独居 3. 高齢者夫婦 4. 独居		区分	申請中 要支援 1・2 事業対象者
緊急連絡先	氏名	本人との続柄	住所	電話番号
①				
②				

【交流】

1. 事業所以外に週に1回以上外出している	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
2. 主な外出先と頻度	<input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input type="checkbox"/> 近所のみ 頻度(回/週・月) 主な外出先()
3. 地域活動への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり <input type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし
4. 趣味活動	<input type="checkbox"/> 趣味活動がある <input type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない
特記事項	

【認知面】

認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I II III IV M	特記事項
問題行動	なし 徘徊 妄想 介護拒否 異食 その他()	
1. 会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
2. 物忘れがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
3. 自分の意思を伝えることができる	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> できるが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない	

【栄養】

1. 食事の回数	回/日 (規則的 不規則的)
2. 食事制限がある場合	<input type="checkbox"/> 実行できている <input type="checkbox"/> 実行できていない 制限の内容(カロリー(糖分) 塩分 蛋白質 その他)
特記事項	

【口腔】

義歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり())	<input type="checkbox"/> 無
1. 固いものの食べにくさがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	特記事項
2. むせることがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
3. 口の渇きや口臭が気になる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

【既往歴・疾病】

発症時期	疾患名	特記事項
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		

【服薬・点眼・点鼻薬】

	特記事項
主治医① 医療機関名	医師名 <TEL>
主治医② 医療機関名	医師名 <TEL>

訪問型サービス計画書 平成 年 月 分

利用者名 _____

作成者 _____

No. 1 身体介助

計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
目標	
介護予防サービス・支援計画書の目標	

本人・インフォーマル	ヘルパーの援助内容・留意点			所要時間	頻度
<<運動・移動>> 1. 椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がることができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 2. 仰向けから横向きになる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 3. 座位から立位になる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 4. 立位保持ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない 5. ベッドから椅子に移ることができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 6. 屋内歩行・屋外歩行ができる <input type="checkbox"/> 自立して歩く <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 1人ではできない <<通院・外出>> 7. バスや電車で1人で外出できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない <<服薬>> 8. 指示通りの服薬ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	移乗	□ベッドへの移乗 □車いすへの移乗			
	移動	□室内移動 □屋外移動 □歩行器 □車いす			
	通院・外出	目的地 交通手段			
	起床・就寝	□起床介助 □就寝介助			
	服薬	□水の準備 □薬の準備 □服薬介助 □後片付け、確認			
	その他				
	★自立に向けた取り組み等				
		工夫方法	工夫した内容	継続	自立支援や改善に繋がったこと

★家族その他本人以外が行っている内容

項目	支援者	頻度	関わり方

サービス実施状況報告 平成 年 月 日

■サービスの提供状況

■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)

訪問型サービス計画書 平成 年 月 分

利用者名 _____

作成者 _____

No. 2 身体介助

計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
目標	

介護予防サービス・支援計画書の目標	
-------------------	--

本人・インフォーマル	ヘルパーの援助内容・留意点			所要時間	頻度	
1. 身体を洗う <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	入浴 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 手浴・足浴 <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 全身浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴				
2. 浴槽に入る、浴槽から出る <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	排泄 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> トイレへの移動 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> 着衣 <input type="checkbox"/> オムツ交換				
3. 髪を洗う <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	整容	<input type="checkbox"/> 洗面台への移動 <input type="checkbox"/> 顔を拭く <input type="checkbox"/> 髭の手入れ <input type="checkbox"/> 髪の手入れ <input type="checkbox"/> 歯磨き見守り・介助 <input type="checkbox"/> うがい見守り・介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯の手入れ <input type="checkbox"/> 耳そうじ <input type="checkbox"/> 手足の爪切り <input type="checkbox"/> 使用物品の後始末				
4. 排泄の後始末をする <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	更衣 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 着替えの準備 <input type="checkbox"/> 脱衣・着衣				
5. 排尿、排便のコントロール <input type="checkbox"/> 失敗なし <input type="checkbox"/> 週1回未満の失敗がある <input type="checkbox"/> 毎日失敗がある	食事 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 食事の準備 <input type="checkbox"/> 摂食介助 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い				
6. 洗面、歯磨き、化粧や髭の手入れ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	その他					
7. 自分で衣類の着脱ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	★自立に向けた取り組み等					
8. 自分で食べることができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが時間がかかる <input type="checkbox"/> できない	工夫方法	工夫した内容	継続	自立支援や改善に繋がったこと		
9. 下膳、食器洗い等の後始末 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない						

★家族その他本人以外が行っている内容

項目	支援者	頻度	関わり方

サービス実施状況報告 平成 年 月 日

<p>■サービスの提供状況</p> <p>■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)</p>
--

訪問型サービス計画書 平成 年 月 分

利用者名 _____

No. 3 調理

作成者 _____

計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
------	---------------------

目標	
----	--

介護予防サービス・支援計画書の目標	
-------------------	--

本人・インフォーマル	調理介助の内容			
1. メニューを考える <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	調理介助の理由	<input type="checkbox"/> 身体的に困難 <input type="checkbox"/> 知識不足等調理したことがない <input type="checkbox"/> 認知面		
	食事についての留意点	Drからの指示等		
2. 必要な食材・調味料を準備する <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	食事区分	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他		
	食事の嗜好	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 五分粥		
3. 食材をカットする <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	食事形態			
	献立作成	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
4. 包丁など危険物の安全な使用 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	栄養のバランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良		
		調理介助の内容(ヘルパーが行うこと)	所要時間	頻度
5. 煮炊きができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	1回の調理で作るもの	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 副食(品数 品) <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 片付け		
		本人ができること(共に行う調理)		
6. 火気の取り扱い <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない				
	★自立に向けた取り組み等			
7. 缶・ビンのふたを開ける <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	工夫方法	工夫した内容	継続	自立支援や改善に繋がったこと
8. 賞味期限の確認 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	★家族その他本人以外が行っている内容			
	項目	支援者	頻度	関わり方

項目	支援者	頻度	関わり方

サービス実施状況報告 平成 年 月 日	
■サービスの提供状況	
■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)	

訪問型サービス計画書 平成 年 月分

利用者名 _____

作成者 _____

No. 4 洗濯その他の日常生活

計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
目標	
介護予防サービス・支援計画書の目標	

本人・インフォーマル	ヘルパーの支援内容	所要時間	頻度
1. 洗濯物を手洗いでできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 洗濯物を洗う _____		
2. 洗濯機を利用し洗濯を行う <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> 収納する _____		
3. 洗濯物を干し、取り込むことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> アイロンがけ _____		
4. 洗濯物をたたむことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> シーツ交換、カバーの交換 _____		
5. 布団の上げ下ろしができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 布団干し、ベッドメイク _____		
6. 衣替えができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 衣類の整理(衣替え等) _____		
7. 預貯金の出し入れ等の自己管理ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 預貯金の出し入れ _____		
	<input type="checkbox"/> 書類関係の整理 _____		
★自立に向けた取り組み等			
	工夫方法	工夫した内容	継続
8. 内容を理解し、書類関係の整理ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない			自立支援や改善に繋がったこと

★家族その他本人以外が行っている内容

項目	支援者	頻度	関わり方

サービス実施状況報告 平成 年 月 日

■サービスの提供状況

■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)

利用者名 _____

作成者 _____

No. 5 掃除

計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
------	---------------------

目標	
----	--

介護予防サービス・支援計画書の目標	
-------------------	--

本人・インフォーマル	掃除場所	ヘルパーの掃除方法・留意点	所要時間	頻度
1.掃除機を使って掃除ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	居室 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く(雑巾) <input type="checkbox"/> 道具の片付け		
2.ほうきで掃くことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	寝室 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く <input type="checkbox"/> 道具の片付け <input type="checkbox"/> シーツ交換		
3.雑巾を絞って拭くことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	食卓 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> テーブルの上を拭く <input type="checkbox"/> 床回りを拭く <input type="checkbox"/> 道具の片付け		
4.モップで拭くことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	台所 (流し・ガス台) 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く <input type="checkbox"/> 床回りを拭く <input type="checkbox"/> レンジ台を拭く <input type="checkbox"/> 流し台を洗う		
5.水廻り(トイレ・浴室・台所)の掃除ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	トイレ 有 無	<input type="checkbox"/> 便器をブラシで洗う、洗剤(使用する・使用しない) <input type="checkbox"/> 床回り・便器等を拭く		
6.部屋のゴミを集めることができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	廊下・階段 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 拭く		
7.ゴミを分別することができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	風呂場 有 無	<input type="checkbox"/> 浴槽を洗う <input type="checkbox"/> 浴室を洗う <input type="checkbox"/> 排水口等のゴミをとる <input type="checkbox"/> 脱衣所		
8.ゴミ収集所までゴミを持っていける <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	その他 有 無	<input type="checkbox"/> ゴミ出し		
★自立に向けた取り組み等				
9.草むしりやに庭の手入れができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	工夫方法	工夫した内容	継続	自立支援や改善に繋がったこと

★家族その他本人以外が行っている内容

項目	支援者	頻度	関わり方

サービス実施状況報告 平成 年 月 日

■サービスの提供状況

■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)

利用者名 _____

作成者 _____

No. 6 買物

計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
目標	
介護予防サービス・支援計画書の目標	

本人・インフォーマル	買物介助の内容				
1. 買物のリストをつくる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない 2. お店まで移動する <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない 3. 必要な品物をカゴ・カートに入れる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない 4. 代金の支払いができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	食品・生活用品	<input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 重たい物の購入 <input type="checkbox"/> 買物代行 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> 【買物代行にチェックがある場合のみ】 常に買物代行の必要がある <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 場合によっては買物代行の可能性がある <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; padding: 2px;">理由</div>			
5. 袋に買った物をつめる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	薬	<input type="checkbox"/> 薬の受け取り			
6. 買った物を持って帰る <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	頻度・所要時間				
	購入場所				
	店名				
	購入品の保管場所 保管方法				
	★自立に向けた取り組み等				
	工夫方法	工夫した内容	継続	自立支援や改善に繋がったこと	
代替サービスの利用 <input type="checkbox"/> 宅配サービス <input type="checkbox"/> その他					

★家族その他本人以外が行っている内容

項目	支援者	頻度	関わり方

サービス実施状況報告 平成 年 月 日
■サービスの提供状況 ■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)