

付録

グループホーム計画書 オリジナル書式集

収録書式

基本情報【書式 No.1】	: 2 枚
入居前情報【書式 No.2】	: 5 枚
当面の介護計画書【書式 No.3】	: 2 枚
計画書台紙	: 1 枚
入居後情報【書式 No.4】	: 13 枚
介護計画書(1) } 【書式 No.5】	: 1 枚
介護計画書(2) }	: 1 枚
介護計画モニタリング表【書式 No.6】	: 2 枚
計画書台紙 (共用型認知症対応型通所介護/短期利用共同生活介護)	: 1 枚
共用型認知症対応型通所介護計画/短期利用共同生活介護 計画 基本情報【書式 No.7】	: 2 枚
共用型認知症対応型通所介護計画/短期利用共同生活介護 計画 アセスメント表【書式 No.8】	: 7 枚
共用型認知症対応型通所介護計画書【書式 No.9】	: 2 枚
短期利用共同生活介護計画書【書式 No.10】	: 2 枚

付録の書式は

下記 URL よりダウンロードすることができます。

http://www.jmp.co.jp/contents/group_home/

基本情報

【書式 No.1】

《本人氏名等》

フリガナ		男・女	M	年 月 日 (歳)		
入居者氏名			T			
住 所	〒 -		S	電話： - -		

《緊急連絡先》

第 1 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所	自宅 TEL - -		
		携帯 TEL - -		
		勤め先		
		e-mail _____ @ _____		
	【連絡方法等】 ()			
第 2 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所	自宅 TEL - -		
		携帯 TEL - -		
		勤め先		
		e-mail _____ @ _____		
	【連絡方法等】 ()			
第 3 連絡先	氏名	男・女	年齢 (歳)	本人との続柄 ()
	住所	自宅 TEL - -		
		携帯 TEL - -		
		勤め先		
		e-mail _____ @ _____		
	【連絡方法等】 ()			

《家族等（緊急連絡先以外）》

氏 名	住 所	電話番号	本人との続柄
		- -	
		- -	
		- -	
		- -	
		- -	
【家族構成】		【入居前の介護状況】	

入居前情報

【書式 No.2】

作成日：平成 年 月 日

1. 相談者等

《介護支援専門員》

氏名	事業所名
住所	TEL - - FAX - -

《その他の相談者》

氏名	事業所名
住所	TEL - - FAX - -

《入居受付時の要介護認定》

要介護度	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認定日	平成 年 月 日 認定期間 . . ~ . .

《入居受付時の日常生活自立度判定基準》

認知症	なし ・ I ・ II _a ・ II _b ・ III _a ・ III _b ・ IV ・ M	判定日	. .
寝たきり	J ₁ ・ J ₂ ・ A ₁ ・ A ₂ ・ B ₁ ・ B ₂ ・ C ₁ ・ C ₂	判定日	. .

《生活の意欲等》

生活の意欲	【生活意欲】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ある様子 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし 【加齢や病気による生活の孤独感・喪失感】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
家族に対する希望・想い	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

《生活歴（出身地・家族のこと・職業等）》

【生まれ・出身地】	.....
【家族・結婚】	.....
【仕事】	.....
【暮らしの様子】	.....
【その他】	.....

2. 住居等

《入居前居住地》

<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他	住所・施設名
--	--------

《生活環境》

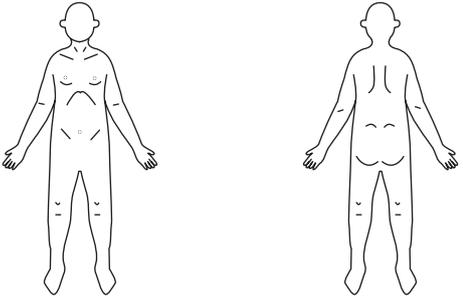
自宅（時期： 頃まで）	施設・病院等（時期： 頃まで）
<p>【居住空間見取り図】</p> <p>【寝具等使用状況】</p> <p>①寝 具 <input type="checkbox"/>市販ベッド <input type="checkbox"/>電動ベッド <input type="checkbox"/>布 団 <input type="checkbox"/>その他（ ） 付属品（ ）</p> <p>②トイレ <input type="checkbox"/>洋式 <input type="checkbox"/>和式 <input type="checkbox"/>Pトイレ 付属品（ ）</p> <p>③浴 室 <input type="checkbox"/>家庭浴槽 <input type="checkbox"/>施設一般 <input type="checkbox"/>機械浴 <input type="checkbox"/>訪問入浴</p>	<p>【居住空間見取り図】</p> <p>【寝具等使用状況】</p> <p>①寝 具 <input type="checkbox"/>パイプベッド <input type="checkbox"/>電動ベッド <input type="checkbox"/>布 団 <input type="checkbox"/>その他（ ） 付属品（ ）</p> <p>②トイレ <input type="checkbox"/>洋式 <input type="checkbox"/>和式 <input type="checkbox"/>Pトイレ 付属品（ ）</p> <p>③浴 室 <input type="checkbox"/>家庭浴槽 <input type="checkbox"/>施設一般 <input type="checkbox"/>機械浴</p>

《1日の生活の様子》

自宅（時期： 頃まで）	施設・病院等（時期： 頃まで）
6—	—6
12—	—12
18—	—18
24—	—24

3. 健康等

《健康状態》

<p>【既往歴・現病】 ※ 聞き取り・意見書等添付</p>	<p>【障害部位】</p> 
-------------------------------	--

《服薬状況》

薬名	効能	薬名	効能

《主治医・通院先》

医者氏名	医療機関名	診療科	連絡先等

4. 家事等

家事項目	家事動作の範囲等（代行者）	家事の意向・いつまで自立？
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等 用具（ ） 範囲（ ） 頻度（ ）	
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等 洗濯機 ①自動 ②二層式洗濯機 頻度（ ）	
寝具の整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等 頻度等（ ）	
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等 スーパーなど（ ） （ ）（ ） 頻度（ ）	
調理 片付け	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等 得意料理（ ）（ ） （ ）（ ） （ ）（ ） 頻度（ ）	
電話の応対	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等	
戸締り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等	
火の取り扱い	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等	
冷暖房管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等	
来客の応対	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設等	
その他		

※主体的に行っていた部分や内容（誰がどの程度行っていたか？等）を記載

5. 生活の質

生活の範囲	<input type="checkbox"/> 公共機関利用での外出 ①自立 ②家族等の付き添い <input type="checkbox"/> 自宅（施設）周辺の外出 ①自立 ②家族等の付き添い <input type="checkbox"/> 室内中心 <input type="checkbox"/> 自室内中心 <input type="checkbox"/> ベッド（布団）上の生活 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------	---

外出・ 買い物等	外出の機会 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付き添いで () ①よく行った場所 () ②行きつけのスーパー () ③デパート () ④商店街 () ⑤美容/理髪店 () ⑥飲食関係 () ⑦お墓参り(時期:) 場所: () ⑧旅行先・思い出の場所 () ⑨金融機関 ()
趣味等	<input type="checkbox"/> あり(下記に詳細) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ①タバコ <input type="checkbox"/> 吸う(銘柄:) 本数: /日) <input type="checkbox"/> 吸わない ②飲酒 <input type="checkbox"/> 飲む(銘柄:) 量: /日) <input type="checkbox"/> 飲まない ③(過去の)習い事等 () ④スポーツ関係 () ⑤その他 ()
日課等	<input type="checkbox"/> あり(下記に詳細) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ① () →いつ頃まで () ② () →いつ頃まで () ③ () →いつ頃まで ()

《その他日常生活の情報》

6.ADL等

《日常生活動作等》

起き上がり	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【介助方法】 ()
立ち上がり	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【介助方法】 ()
歩行(移動)	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【介助方法】 () 【福祉用具等】 ①杖 ②車いす ③その他 () 【夜間・室外での状態】 ()
食事の摂取	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【介助方法】 () 補助具 () 好 物 () 嫌いな物 ()
排 泄 (排尿)	昼間 【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄場所】 ①トイレ ②Pトイレ ③尿器類 ④オムツ類使用 【オムツ類】(メーカー・種類:) 【介助方法】 () 【介助頻度】 () 尿意 ①あり ②不明 ③なし
	夜間 【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄場所】 ①トイレ ②Pトイレ ③尿器類 ④オムツ類使用 【オムツ類】(メーカー・種類:) 【介助方法】 () 【介助頻度】 () 尿意 ①あり ②不明 ③なし

□認知症対応型共同生活介護計画 □介護予防認知症対応型共同生活介護計画
 ～当面の介護計画書～

作成日 平成 年 月 日

入居者名： _____ 様 生年月日： M・T・S 年 月 日 歳
 入居者/家族説明相手： _____ 印 説明日： 平成 年 月 日
 計画作成担当者： _____ 印 担当介護職員： _____ 印
 要介護度区分： 要支援2・要介護 1・2・3・4・5 認定期間： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

《本人の生活全体の意向やサービスに対する意向》

--

《事業所の総合的介護サービスの方針》

--

《本人の生活の意向およびサービス内容》

生活の場面	ニーズや現状	目 標	具体的なサービス内容
健康状態等			
視覚・聴覚およびコミュニケーション			

理解・行動				
ベッド上・立ち上がり・移乗動作等				
移動				
食事・調理				
排泄				
入浴				
着替え・洗面				
家事・IADL				
生活の質				
その他生活の様子等				

事業所名： _____ 氏名： _____
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 印

- 認知症対応型共同生活介護計画書
- 介護予防認知症対応型共同生活介護計画書

利用者名： _____

- 介護計画作成日【作成日：平成 年 月 日 担当者： _____】
- 入居後情報更新【作成日：平成 年 月 日 担当者： _____】

事業所名： _____

法人名： _____

作成日：平成 年 月 日～ 年 月 日

■生活（人生）全体の意向

《本人の望む生き方・本人の望む生活～どのような人生を送りたいか。生活全体に対する希望等～》

--

《本人の家族等への思い》

生活の意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ある様子 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
家族に対する思い	<input type="checkbox"/> あり（ 【頼りたい家族】氏名：（ ） 続柄：（ ）） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
家に対する思い	<input type="checkbox"/> 家で暮らしたい（帰りたい家は……） <input type="checkbox"/> 時々は帰りたい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> どちらでもない
備考	

《家族の生活全体の意向とかかわり》

キーパーソン	氏名： 続柄：
利用者への生活 全体の意向	
家族の役割や 範囲等	

《本人の介護予防の取り組みの全体的な意向》※ 要支援 2 のみ

--

《事業所側の本人へのかかわり方～事業所の総合的介護サービスの方針～》

--

■最新の要介護状態等

《要介護認定》

要介護度	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認定日	平成 年 月 日 認定期間 . . . ~ . . .

《日常生活自立度判定基準》

認知症	なし ・ I ・ II _a ・ II _b ・ III _a ・ III _b ・ IV ・ M	判定日	. .
寝たきり	J ₁ ・ J ₂ ・ A ₁ ・ A ₂ ・ B ₁ ・ B ₂ ・ C ₁ ・ C ₂	判定日	. .

(厚生労働省より)

1. 健康状態等（歯科含む）【項目 1】

《希望や悩み》

■本人	①希望 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
	②悩み <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
■家族希望	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人	①希望 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側の基本方針	（ ）

《主治医》

担当医名	医療機関名	診療科目	連絡先

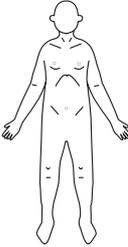
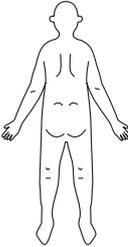
《その他の通院医療機関》

担当医名	医療機関名	診療科目	連絡先

《医療連携体制》

医療連携の体制	<input type="checkbox"/> 連携なし <input type="checkbox"/> 看護職員を配置 <input type="checkbox"/> 外部連携 (事業所名: _____)		
主な関わりの内容	担当看護師: _____)		

《障害の有無等》

<p>【障害の部位等・前】</p> 	<p>【障害の部位等・後】</p> 
--	--

《既往歴や現病》

	病 名	症 状 (一般状態)
既・現		

《処方されている薬/服薬方法》

薬 名	効用等	服薬方法・注意点	薬 名	効用等	服薬方法・注意点

(処方箋の添付で可)

《担当者の所見/生活の様子/特記事項》

項目1【健康状態等】の計画必要度	1	2	3

2. 視覚・聴覚およびコミュニケーション【項目 2】

《希望や悩み》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
	②悩み	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
■家族希望		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側の基本方針		()		

《視力》

視力	<input type="checkbox"/> 普通（生活に支障がない）	<input type="checkbox"/> 大きな字なら可	<input type="checkbox"/> 見えない
	<input type="checkbox"/> 視野が限られている ()		
補助具	眼鏡	①使用 ()	②不使用

《聴力》

聴力	<input type="checkbox"/> 普通（生活に支障がない）	<input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> あまり聞こえない	<input type="checkbox"/> 聞こえない（右・左）	
補助具	補聴器	①使用 ()	②不使用

《意思の伝達等》

意思の表示の手段	<input type="checkbox"/> 言語	<input type="checkbox"/> 身振り手振り	<input type="checkbox"/> 筆談	<input type="checkbox"/> その他 ()
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 他者に伝えられる	<input type="checkbox"/> 時々意思表示する	<input type="checkbox"/> ほとんどしない	<input type="checkbox"/> しない（できない）
問いかけに対する反応	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 時々通じる	<input type="checkbox"/> 意思表示しないが通じている	<input type="checkbox"/> 通じない（反応がない）

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目 2 【コミュニケーション】 の計画必要度	1	2	3

3. 理解・行動【項目 3】

《希望や悩み》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
	②悩み	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
■家族希望		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側の基本方針		()		

《理解》 1……答えることができた 2……答えることができなかった

ア	自分の名前は？（答え：)	1	2
イ	今現在の季節は？（答え：)	1	2
ウ	生年月日は？（答え：)	1	2
エ	現在、自分の住んでいる場所の名称は？（答え：)	1	2
オ	今朝・昨日食べた食事内容は？（答え：)	1	2

《行動力・行動意欲》 1……ある／できる 2……ない／確認できない

	項目	利用者		職員	
		1	2	1	2
ア	ひとりで外出することがある（できる）	1	2	1	2
イ	ひとりで外出しても事業所に戻ってこれる	1	2	1	2
ウ	最近、預貯金の出し入れを行った	1	2	1	2
エ	最近、独りで買い物に行った	1	2	1	2
オ	最近、独りで公共機関（電車・バス等）を利用した	1	2	1	2
カ	話しかけても上の空のようなときがある	1	2	1	2
キ	積極的に他の利用者や職員に話しかけている	1	2	1	2

《生活の様子や習慣》 1……ある／そう 2……ない／違う

	項目	利用者		職員	
		1	2	1	2
ア	日課等生活のリズムは昼間が中心である（夜は寝ていることが多い）	1	2	1	2
イ	日課等生活のリズムは夜間が中心である（昼間は寝ていることが多い）	1	2	1	2
ウ	生活の中で同じ話を繰り返し他者にする（大切な話の繰り返し）	1	2	1	2
エ	モノを大切に（保管・取っておくことがある）	1	2	1	2

《生活上の羞恥心》

	項目	利用者		職員	
		1	2	1	2
ア	排泄・入浴介助等の際に恥かしがる・嫌がる（異性の場合）	1	2	1	2
イ	排泄・入浴介助等の際に恥かしがる・嫌がる（同性の場合）	1	2	1	2
ウ	性的な欲求を示すことがある（具体例： ）	1	2	1	2

《記憶等》 1……はい／ある 2……いいえ／ない

	項目	利用者		職員	
		1	2	1	2
ア	物忘れがある	1	2	1	2
イ	物を忘れることに悩んでいる・心配している	1	2	1	2
ウ	お金や大切な物を取られた（と思った）ことがある	1	2	1	2
エ	幻聴や幻覚を見たこと、聞こえたことがある	1	2	1	2
オ	気分や言動が落ち着かないときがある	1	2	1	2
カ	気分がすぐれず、物を壊すなどまわりに当たり散らしたことがある	1	2	1	2
キ	（事情があり）他者に対して手を上げる・言葉で責めたことがある	1	2	1	2

《職員が感じたこと》 1……ある 2……ない

	項目	職員	
		1	2
ア	作話・妄想（具体話： ）	1	2
イ	幻聴・幻覚（具体話： ）	1	2
ウ	異食（具体話： ）	1	2
エ	暴言・暴力（具体話： ）	1	2

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目3【理解・行動】の計画必要度		1	2	3

4. ベッド上・立ち上がり・移乗動作等【項目4】

《希望や悩み》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
	②悩み	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
■家族希望		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人	希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側	の基本方針	()		

《ベッドでの動作》

寝具等	<input type="checkbox"/> 介護ベッド <input type="checkbox"/> 一般ベッド <input type="checkbox"/> 布団 【付属品】 ①サイドレール ②移動バー ③立位保持バー ④その他 () 【ベッドの床からの高さ】 () cm			
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 不明
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
立位の保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	

《その他立ち上がり・立位保持・移乗動作》

立ち上がり (椅子から)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がり (ソファ)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗動作 ベッドから車いす 車いすから椅子・ソファ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
	介助内容 ()		
	介助頻度 ()		

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目4【寝返り・起き上がり】の計画必要度	1	2	3

5. 移動【項目5】

《希望や悩み》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
	②悩み	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
■家族希望		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人	希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側	の基本方針	()		

《移動動作》

移動(歩行) 室内の場合	【昼間】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： 福祉用具 ①なし ②杖() ③車いす() ④歩行器() ⑤シルバーカー ⑥その他() 介助の内容() その他の情報()	<input type="checkbox"/> 全介助
	【夜間】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 福祉用具 ①なし ②杖() ③車いす() ④歩行器() ⑤シルバーカー ⑥その他() 介助の内容() その他の情報()	
移動(歩行) 室外の場合	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： 福祉用具 ①なし ②杖 ③車いす ④歩行器 ⑤シルバーカー ⑥その他()	<input type="checkbox"/> 全介助

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目5【移動】の計画必要度	1	2	3

6. 食事・調理【項目6】

《希望や悩み》

■本人 ①希望 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし ②悩み <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし ■家族希望 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
--

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人 希望 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 特になし ■事業所側 の基本方針()

《食事準備・摂取状況等》

調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> やらない(職員対応) 【頻度】 ①ほぼ毎食 ②1日2回程度() ③1日1回() ④その他() 【注意点】 ()
配膳や 後片付け	盛り付け <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 行わない(職員対応) 配膳 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 行わない(職員対応) 後片付け <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 行わない(職員対応)
火の取り扱い	<input type="checkbox"/> 自立 (IH・ガス・電気) <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> やらない
食事摂取	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の様子() 食事用具①お箸 ②スプーン ③その他()() 介助方法() 介助頻度()
食事場所 (好む場所)	①食卓 ②ソファ ③部屋内 ④ベッド(布団)上 ⑤その他の食事場所()
食事体制	①1人で食べたい ②みんな大勢で ③その他()
食事回数 (平均)	①3食 ②2食 ③1食 ④その他(食)
食事時間 (希望)	()時頃 / ()時頃 / ()時頃 / その他() 所要時間：()分ぐらい
好きな食べ物	

嫌いな食べ物 (禁食含む)	
菓子類嗜好等	

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目6【調理・食事】の計画必要度	1	2	3

7. 排泄【項目7】

《希望や悩み》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
	②悩み	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
■家族希望		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側の基本方針	()		

《失禁の状態》

失禁の有無	尿失禁	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし
	便失禁	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし

《排泄の状況等》

排泄 (排尿)	昼間	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄場所】 ①トイレ ②Pトイレ ③尿器類 ④オムツ類使用 オムツ等の種類 () 【介助方法】 () 【介助頻度】 () 尿意 ①あり ②不明 ③なし
	夜間	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄場所】 ①トイレ ②Pトイレ ③尿器類 ④オムツ類使用 オムツ等の種類 () 【介助方法】 () 【介助頻度】 () 尿意 ①あり ②不明 ③なし
排泄 (排便)	昼間	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄場所】 ①トイレ ②Pトイレ ③尿器類 ④オムツ類使用 オムツ等の種類 () 【介助方法】 () 【介助頻度】 () 便意 ①あり ②不明 ③なし
	夜間	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【排泄場所】 ①トイレ ②Pトイレ ③尿器類 ④オムツ類使用 オムツ等の種類 () 【介助方法】 () 【介助頻度】 () 便意 ①あり ②不明 ③なし
その他の要因 特記事項		

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目7【排泄】の計画必要度	1	2	3

8. 入浴【項目8】

《希望や悩み》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
	②悩み	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
■家族希望		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人	希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側	の基本方針	()		

《入浴》

入浴頻度等	①好き ②不明 ③あまり好きではない ④嫌い 【入浴頻度】 ①毎日 ②週 () 回 ③その他 () 【設定温度】 () 度
入浴特記 嫌いな理由等	
入浴場所	①ユニット内浴室 ②その他 ()
お湯の準備等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 職員
浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助方法 ()
入浴の形態	①浴槽につかる ②シャワーが多い ③その他 ()
入浴補助具	①シャワーチェア ②簡易手すり ③その他 ()
洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 () 介助方法 ()
洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 () 介助方法 ()

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目8【入浴】の計画必要度	1	2	3

9. 着替え・洗面【項目9】

《希望や悩み》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
	②悩み	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし
■家族希望		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人	希望	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側	の基本方針	()		

《衣類の着脱》

衣類の選択	<input type="checkbox"/> 自分で選んで取り出す <input type="checkbox"/> 自分で取り出すが上下そろわないなどアンバランス <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> その他 ()
好みの服装	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特になし
着脱の行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(声かけ等) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助方法 ()

《歯磨き等》

歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 () 【義歯】 ①あり () ②なし () 【介助方法】 ()
整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 () 介助方法 ()
爪きり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 () 介助方法 ()
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 () 介助方法 ()

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目 9 【衣類の着脱】 の計画必要度	1	2	3

10. 家事・IADL 【項目 10】

《希望や悩み》

■本人 ①希望 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし ②悩み <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし ■家族希望 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人 希望 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 特になし ■事業所側の基本方針 ()
--

《部屋の環境等》

【居室内の間取り】	【居室内の注意点等】

《家事動作等》

家事項目	介助動作の範囲等
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> その他 () ①範囲 () ②頻度 () ③用具 () ④備考 ()
洗濯 (干す・たたむ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> その他 () ①範囲 () ②頻度 () ③用具 () ④備考 ()
火の取り扱い (調理以外)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 家族等 () ①範囲 () ②頻度 () ③用具 () ④備考 ()
部屋戸締り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員と一緒に <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> その他 () 時間 (朝：) (夜：) (その他：)

電話をかける・話す	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員付き添い <input type="checkbox"/> 使わない
冷暖房管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> その他 () 好む室温 () 度
来客の対応	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

※買い物・入浴準備等の家事動作については入浴等の項目に記載。

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目 10【家事】の計画必要度	1	2	3

11. 生活の質【項目 11】

《希望や悩み》

■本人	①希望 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
	②悩み <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
■家族希望	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし

《介護予防の取り組みへの意向》

■本人希望	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 特になし
■事業所側の基本方針	()

《生活の自立度》

生活範囲	<input type="checkbox"/> 公共機関利用で外出 ①独りで ②付き添い ()
	<input type="checkbox"/> 事業所周辺 ①独りで ②付き添い ()
	<input type="checkbox"/> 室内中心の生活 <input type="checkbox"/> 部屋内の生活中心 <input type="checkbox"/> ベッド上の生活中心

《生活の行動範囲やこだわり》

買い物先 (スーパー・ デパート等)	【頻度】 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> () 曜日 <input type="checkbox"/> 週 回 () <input type="checkbox"/> 月 回 () <input type="checkbox"/> その他 () 【店名・場所】 () () () () () () 【自立度】 <input type="checkbox"/> 独りで <input type="checkbox"/> 付き添い () 【手段】 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車送迎 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ()
飲食・外食	【頻度】 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> () 曜日 <input type="checkbox"/> 週 回 () <input type="checkbox"/> 月 回 () <input type="checkbox"/> その他 () 【店名】 () () () () 【自立度】 <input type="checkbox"/> 独りで <input type="checkbox"/> 付き添い () 【手段】 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車送迎 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ()
ドライブ 散歩 その他の 外出先	【頻度】 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週 () 回ぐらい <input type="checkbox"/> 月 回ぐらい <input type="checkbox"/> その他 () 【行き先】 () () () () 【自立度】 <input type="checkbox"/> 独りで <input type="checkbox"/> 付き添い () 【手段】 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車送迎 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ()
美容 理容	【頻度】 <input type="checkbox"/> 月 1 回 <input type="checkbox"/> その他 () 【店名】 () 【自立度】 <input type="checkbox"/> 独りで <input type="checkbox"/> 付き添い () 【手段】 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車送迎 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()
信仰 (宗教)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ①団体名 () ②活動 ()

お墓参り	【頻度】 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ()曜日 <input type="checkbox"/> 週 回 () <input type="checkbox"/> 月 回 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	【場所】 ()
	【自立度】 <input type="checkbox"/> 独りで <input type="checkbox"/> 付き添い ()
	【手段】 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車送迎 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ()
今後行きたい場所等	【場所・店名】 () () () ()

《趣味・日課》

タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う ①銘柄 () ②本数 () 本ぐらい／1日 ③喫煙場所 () ④時間帯 () <input type="checkbox"/> 吸わない
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む ①銘柄・種類 () ②量・頻度 () ③飲酒の場所 () ④時間帯 () <input type="checkbox"/> 飲まない
テレビラジオ	【テレビ】 <input type="checkbox"/> よく見る <input type="checkbox"/> あまり見ない <input type="checkbox"/> ほとんど見ない 好きな番組 () () () 【ラジオ】 <input type="checkbox"/> 聴かない <input type="checkbox"/> 時々聴く <input type="checkbox"/> よく聴く番組 () ()
趣味	<input type="checkbox"/> あり () () () <input type="checkbox"/> なし
日課	<input type="checkbox"/> あり () () () <input type="checkbox"/> なし
趣味・日課の特記	

《1日の生活の様子／週間・月間予定》

日課・1日の様子	週間・月間等の様子
6—	—6
12—	—12
18—	—18
24—	—24

《その他日常生活の情報》

--

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

--

項目 11 【生活の質】 の計画必要度	1	2	3
---------------------	---	---	---

アセスメント要約表

記載方法：中央の1～3欄に○印を入れる。（入居後情報から書き写し）
 1…計画を立てない。2…今後計画を検討する。3…計画を立てる。
 右の余白には、入居後情報を要約して記入する。

項目		計画必要度			要約欄
項目 1	健康状態等	1	2	3	
項目 2	視覚・聴覚および コミュニケーション	1	2	3	
項目 3	理解・行動	1	2	3	
項目 4	ベッド上・ 立ち上がり・移乗動 作等	1	2	3	
項目 5	移 動	1	2	3	
項目 6	調理・食事	1	2	3	
項目 7	排 泄	1	2	3	
項目 8	入 浴	1	2	3	
項目 9	着替え・洗面等	1	2	3	
項目 10	家事・IADL	1	2	3	
項目 11	生活の質	1	2	3	
項目 12	生活の様子特記 その他	1	2	3	

- 認知症対応型共同生活介護計画書 (1)
 介護予防認知症対応型共同生活介護計画書 (1)

初 回 ・ 継 続 ・ 再 検 討

作成日 平成 年 月 日

入居者名 : 様 生年月日 : M . T . S 年 月 日 年齢 : 歳
 入居者/家族説明相手 : 印 説明日 : 平成 年 月 日 (説明者 :)
 計画作成担当者 : 印 担当介護職員 : 印
 要介護度区分 : 要支援2・要介護 1・2・3・4・5 認定期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

本人の生活全体の意向	
本人の介護サービスに対する意向	
家族の意向	
事業所の総合的介護サービスの方針	

事業所名 :

介護計画書の交付を受けました。平成 年 月 日 氏名 : 印

- 認知症対応型共同生活介護計画書 (2)
- 介護予防認知症対応型共同生活介護計画書 (2)

入居者名： _____ 様 部屋： _____

ニーズや生活の現状 (項目：)	目標	サービスの内容等				
		サービスの項目	サービスの内容 具体的な内容	担当者	頻度	期間
(項目：)						
(項目：)						
(項目：)						
(項目：)						

事業所名： _____

介護計画モニタリング表

【書式 No.6】

(記入日：平成 年 月 日)

入居者名： 様 計画作成担当者： 担当介護職員：

ニーズや生活の現状 (項目：)	サービス項目	実施状況	目標の達成や本人の満足度	今後の方向性
(項目：)	サービス項目	<input type="checkbox"/> 計画通り実施できた <input type="checkbox"/> 一部実施できた <input type="checkbox"/> 実施していない ～具体的な理由等～	目標の達成や本人の満足度 ○短期目標の達成度 【利用者】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった 【職員】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった ～所見欄～ () ○本人のサービス満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 不明 ～具体的な理由等～ ()	今後の方向性 <input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的な内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～
(項目：)	サービス項目	<input type="checkbox"/> 計画通り実施できた <input type="checkbox"/> 一部実施できた <input type="checkbox"/> 実施していない ～具体的な理由等～	目標の達成や本人の満足度 ○短期目標の達成度 【利用者】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった 【職員】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった ～所見欄～ () ○本人のサービス満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 不明 ～具体的な理由等～ ()	今後の方向性 <input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的な内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～

(項目：)	<input type="checkbox"/> 計画通り実施できた <input type="checkbox"/> 一部実施できた <input type="checkbox"/> 実施していない ～具体的な理由等～	○短期目標の達成度 【利用者】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった 【職員】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった ～所見欄～ () ○本人のサービス満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 不明 ～具体的な理由等～ ()	<input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的な内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～
(項目：)	<input type="checkbox"/> 計画通り実施できた <input type="checkbox"/> 一部実施できた <input type="checkbox"/> 実施していない ～具体的な理由等～	○短期目標の達成度 【利用者】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった 【職員】 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 少し達成 <input type="checkbox"/> 達成できなかった ～所見欄～ () ○本人のサービス満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 不満足 <input type="checkbox"/> 不明 ～具体的な理由等～ ()	<input type="checkbox"/> サービスを継続する <input type="checkbox"/> サービスの具体的な内容を変更して継続する <input type="checkbox"/> サービスを中止する <input type="checkbox"/> その他 () ～備考～

サービスへの希望等	
モニタリングまとめ	

事業所名： _____

共用型認知症対応型通所介護計画

短期利用共同生活介護計画

利用者名： _____

- アセスメント作成日【作成日：平成 年 月 日 担当者： _____】
- 介護計画書作成日【作成日：平成 年 月 日 担当者： _____】

事業所名： _____

法人名： _____

基本情報

【書式 No.7】

作成日：平成 年 月 日
作成者： _____

1. 利用者本人の氏名・緊急連絡先等

フリガナ			M			
本人氏名		男・女	年齢 T	年	月	日 (歳)
			S			
住 所	〒 - - 電話： - - 其他：					

《緊急連絡先》

第1 連絡先	氏名：	男・女 年齢 (歳) 本人との続柄 ()				
	住所：					
	自宅 TEL：		携帯 TEL：			
	勤め先：		e-mail：	@ _____		
	連絡方法・特記：(
第2 連絡先	氏名：	男・女 年齢 (歳) 本人との続柄 ()				
	住所：					
	自宅 TEL：		携帯 TEL：			
	勤め先：		e-mail：	@ _____		
	連絡方法・特記：(
主治医	氏名：					
	医療機関名：	住 所：				
	電 話：	携 帯 TEL：				
	その他：(
緊急時の希望搬送先	病院名 () 連絡先等 ()					

《家族等（緊急連絡先以外）》 ※ キーパーソンに○印

【家族構成】	介護	性	歳	続柄	備 考

「介護」欄… 主介護者であれば○、副介護者であれば○、協力者であれば△をつける。

2. 担当の介護支援専門員

《担当の介護支援専門員》

氏 名	事業所名：				
連絡先	電話：	FAX：			
変更・備考					

3. 要介護度など

《要介護度》

要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中	H . . ~ H . .
【更新・変更】 要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	H . . ~ H . .

《日常自立度判定基準》

寝たきり	J ₁ ・ J ₂ ・ A ₁ ・ A ₂ ・ B ₁ ・ B ₂ ・ C ₁ ・ C ₂	判定日：H 年 月 日
認知症状	なし ・ I ・ II _a ・ II _b ・ III _a ・ III _b ・ IV ・ M	判定日：H 年 月 日

《認知症状の確認》

確認先等		確認書類	(書類添付)
------	--	------	--------

《公的な支援制度の活用》

支援制度	<input type="checkbox"/> 成年後見人 (補助・保佐・後見・任意) <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護 <input type="checkbox"/> 生活保護
内容等	

《公費・手帳等》

--

4. 生活・住宅環境

【自宅前・周辺】	【自宅内】
住宅環境	住居形態 <input type="checkbox"/> 一軒家 (階) <input type="checkbox"/> アパート・マンション (階) エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

5. 生活歴など

《生活歴》

【生まれ・出身地】
【家族・結婚】
【仕事】
【その他】

《性格》

--

6. 現在利用している介護サービス

《利用している介護保険サービス》

サービス種類	事業所名	頻度・内容等

《利用している社会資源》

サービス種類	事業所名	頻度・内容等

7. その他

《利用の経緯》

--

作成日：平成 年 月 日
 作成者： _____

利用者名	
------	--

■生活（人生）全体の意向

《利用者の望む生き方・利用者の望む生活～どのような人生を送りたいか。生活全体に対する希望等～》

○
○
○
○
○
○
○

《本人の生活の意欲等》

生活の意欲	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 有る様子 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し
家族への思い	<input type="checkbox"/> 有り（ 【頼りたい家族】氏名：（ ） 続柄：（ ）） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し
家に対する思い	<input type="checkbox"/> 家で暮らしたい（帰りたい家は……） <input type="checkbox"/> 時々帰りたい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> どちらでもない
備考	

《家族の生活全体の意向とかかわり》

キーパーソン	氏名： _____ 続柄： _____
利用者への生活 全体の意向	

《事業所側の本人へのかかわりの全般的な基本方針や姿勢》

--

【項目 1】健康状態等

《健康状態等への希望や悩み事》

■本人 ①希望	<input type="checkbox"/> 有り（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し
②悩み事	<input type="checkbox"/> 有り（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し
■家族 希望	<input type="checkbox"/> 有り（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し

《主治医以外の通院先》

担当医名	医療機関名	診療科目	連絡先

《障害等》

<p>【障害の部位】</p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p>【身体状況】</p>
---	---------------

《病気等》※ 既・現に○印をつける

	病 名	状態・症状等
既・現		

《処方されている薬／服薬方法》

薬名	服用方法等	薬名	服用方法等

《アレルギー・禁飲食関係》

あり () なし

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目 1 【健康状態等】 の計画必要有無	1	2

【項目 2】 ADL・IADL

《ADL・IADL への希望や悩み事》

■本 人	①希 望	□有り (		) □不明	□無し
	②悩み事	□有り (		) □不明	□無し
■家 族	希 望	□有り (		) □不明	□無し

《ADL・IADL その1～移動～》

項目	状態等
ねがえり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまり自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまり自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまり自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
移動(歩行等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 室内は自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助(歩行不可) 福祉用具 杖 ()・歩行器・シルバーカー・車いす () 夜間やその他 ()
(車いす) 移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助
送迎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(家族送迎等) 送迎ポイント () 送迎留意点 ()

《ADL・IADL その2～食事～》

項目	状態等
食事準備	<input type="checkbox"/> 自立(自炊している) <input type="checkbox"/> 時々している () <input type="checkbox"/> 手伝うことはある () <input type="checkbox"/> しない
食事形態	【主食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 () <input type="checkbox"/> パン食 <input type="checkbox"/> その他 () 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻む () <input type="checkbox"/> その他 () 【備考】 ()
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 補助具等:箸・スプーン・フォーク・補助具 () 食事時間:() 分程
口腔(歯磨き)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 歯の状態:自分の歯・総義歯・部分義歯 ()・その他 ()

《ADL・IADL その3～入浴～》

項目	状態等
入浴準備	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部自分で準備 () <input type="checkbox"/> しない ①好みの温度 () ②その他 ()
入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入りたくない(拒否がある)

《ADL・IADL その4～排泄～》

項目	状態等
排泄(昼間)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 () ①失禁 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ②オムツ類等 ()
排泄(夜間)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 () ①失禁 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ②オムツ類等 ()

《ADL・IADL その5～着替え等～》

項目	状態等
着替え準備	<input type="checkbox"/> 洋服は自分で選ぶ <input type="checkbox"/> () と一緒に選ぶ <input type="checkbox"/> () 選ぶ
着替え動作	<input type="checkbox"/> 自分で着替える <input type="checkbox"/> () に一部手伝ってもらう () <input type="checkbox"/> 全介助
通所日の準備	<input type="checkbox"/> 着替え自立・送迎場所まで向かう <input type="checkbox"/> 着替えは自立・送迎場所に付き添いあり <input type="checkbox"/> 着替え介助・送迎場所付き添いあり <input type="checkbox"/> その他 ()

《ADL・IADL その6～その他家事～》

項目	状態等			
掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一緒に行く	<input type="checkbox"/> 家族等	<input type="checkbox"/> その他()
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一緒に行く	<input type="checkbox"/> 家族等	<input type="checkbox"/> その他()
買い物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一緒に行く	<input type="checkbox"/> 家族等	<input type="checkbox"/> その他()
その他	[] <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一緒に行く	<input type="checkbox"/> 家族等	<input type="checkbox"/> その他()
	[] <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一緒に行く	<input type="checkbox"/> 家族等	<input type="checkbox"/> その他()
	[] <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一緒に行く	<input type="checkbox"/> 家族等	<input type="checkbox"/> その他()

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

【移動】 【食事】 【入浴】 【排泄】 【着替え】 【その他】		
項目2【ADL・IADL】の計画必要有無	1	2

【項目3】コミュニケーション及び理解・行動等

《コミュニケーションおよび理解・行動等への希望や悩み事》

■本人 ①希望 <input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し ②悩み事 <input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し ■家族希望 <input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無し

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら可 <input type="checkbox"/> 視野が限られている() <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡 <input type="checkbox"/> あり(特徴等:) <input type="checkbox"/> なし	
聴覚	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら可 <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない(左・右) <input type="checkbox"/> 不明 補聴器 <input type="checkbox"/> あり(使い方等:) <input type="checkbox"/> なし	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 困難(反応がない) その手段: 言語・筆談・身振り手振り・その他()	
行動	行動内容	介護者等の対応
	1. 作話 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	2. 妄想 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	3. 幻覚 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	4. 異食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	5. 暴力等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
6. その他気になる行動	()	
	()	
	()	
	()	

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目3【コミュニケーション及び理解・行動】の計画必要有無	1	2

【項目4】生活の質（ライフスタイル）

《生活の質への希望や悩み事》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> 有り ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し
	②悩み事	<input type="checkbox"/> 有り ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し
■家族	希望	<input type="checkbox"/> 有り ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し

《自宅での生活様子》

6	9	12	15	18	21	24

《生活の質（日課・趣味等）》

日課	() () ()
趣味	(現・昔 /) (現・昔 /) (現・昔 /)
外出	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 余り好きではない <input type="checkbox"/> 嫌い <input type="checkbox"/> 良く出掛ける <input type="checkbox"/> あまり出掛けない <input type="checkbox"/> 殆ど出掛けない 好きな外出先 () () ()
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う 時間帯等 () <input type="checkbox"/> 吸わない
その他	

《担当者の所見／生活の様子／特記事項》

項目4【生活の質】の計画必要有無	1	2

【項目5】家族の支援

《家族の支援への希望や悩み事》

■本人	①希望	<input type="checkbox"/> 有り ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し
	②悩み事	<input type="checkbox"/> 有り ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し
■家族	希望	<input type="checkbox"/> 有り ()	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無し

《主介護者等の役割・状態等》

	主介護者	副介護者
氏名	() 年齢: 歳	() 年齢: 歳
世帯	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()
健康状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> 良くない	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> 良くない
介護状況		
困難な介護場面		
解決したい状態		

《家族への配慮・支援》

配慮すること	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 今のところなし
支援すること	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 今のところなし

アセスメント要約表

項目 NO	項目	サブ項目	作成有無		アセスメント要約
項目 1	健康状態等		1	2	
項目 2	ADL・IADL その 1	移動	1	2	
項目 2	ADL・IADL その 2	食事			
項目 2	ADL・IADL その 3	入浴			
項目 2	ADL・IADL その 4	排泄			
項目 2	ADL・IADL その 5	着替え			
項目 2	ADL・IADL その 6	その他 家事			
項目 3	コミュニケーション 及び理解・行動				1	2
項目 4	生活の質		1	2	
項目 5	家族の支援		1	2	
項目 6	その他		1	2	

□共用型認知症対応型通所介護計画書

【書式 No.9】

作成日：平成 年 月 日

利用者名： _____ 様 生年月日： M . T . S 年 月 日 歳

説明相手： _____ 印 説明日： 平成 年 月 日

計画作成担当者： _____ 印 担当介護職員： _____ 印

要介護認定区分： 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 認定期間： 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

【利用者の生活（人生）全体意向／サービスに対する意向】

【事業所の総合的介護サービスの方針】

項目	ニーズや現状	目標	具体的なサービス内容	担当者	頻度	期間
健康状態等						
ADL・IADL その1・移動						
ADL・IADL その2・食事						

ADL・IADL その3・入浴								
ADL・IADL その4・排泄								
ADL・IADL その5・着替え								
ADL・IADL その6・家事								
コミュニケーション及び 理解・行動								
生活の質 (ライフスタイル)								
家族の支援								
その他								

事業所名： _____ 介護計画書の交付を受けました。平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名： _____ 印

□短期利用共同生活介護計画書

【書式 No.10】

作成日：平成 年 月 日

利用者名： _____ 様

生年月日： M・T・S 年 月 日 _____ 歳

説明相手： _____ 印

説明日： 平成 年 月 日

計画作成担当者： _____ 印

担当介護職員： _____ 印

要介護認定区分： 要支援 2・要介護 1・2・3・4・5

認定期間： 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

【利用者の生活（人生）全体意向／サービスに対する意向】

【事業所の総合的介護サービスの方針】

項目	ニーズや現状	目標	具体的なサービス内容	担当者	頻度	期間
健康状態等						
ADL・IADL その1・移動						
ADL・IADL その2・食事						

ADL・IADL その3・入浴									
ADL・IADL その4・排泄									
ADL・IADL その5・着替え									
ADL・IADL その6・家事									
コミュニケーション及び 理解・行動									
生活の質 (ライフスタイル)									
家族の支援									
その他									

事業所名： _____ 介護計画書の交付を受けました。平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名： _____ 印