

## 自立支援促進に関する評価・支援計画書

(※) 任意項目

医師名： \_\_\_\_\_

介護支援専門員名： \_\_\_\_\_

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【現状の評価】

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1.	発症年月日（ 年 月 日頃）
2.	発症年月日（ 年 月 日頃）
3.	発症年月日（ 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容（前回より変化のあった事項について記入）	
(3) 医学的観点からの留意事項	
・ 血圧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ 移動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・ 摂食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ 運動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・ 嚥下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
(4) 基本動作	(5) ADL
・ 寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	自立 一部介助 全介助
・ 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・ 食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・ 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・ 椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（監視下）
・ 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	（座るが移れない）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・ 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・ 整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	・ トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	・ 平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等）
	（車椅子操作が可能）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
(6) 自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果	
<input type="checkbox"/> 期待できる（期待できる項目： <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他）	
<input type="checkbox"/> 期待できない	
<input type="checkbox"/> 不明	

(注) 介護老人保健施設においては ICF ステージング【別紙様式 7 別添】を活用した評価も行う。

**【支援実績】**

基本動作		日々の過ごし方等
<p>○離床</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>・1日あたりのベッド上以外で過ごす時間</p> <p><input type="checkbox"/>10時間以上</p> <p><input type="checkbox"/>6～10時間</p> <p><input type="checkbox"/>3～6時間</p> <p><input type="checkbox"/>3時間未満</p> <p>○食事</p> <p><input type="checkbox"/>居室外（食堂、ダイニング等）</p> <p><input type="checkbox"/>ベッド上</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>・食事時間や嗜好への対応</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○排せつ（日中）</p> <p><input type="checkbox"/>トイレ</p> <p><input type="checkbox"/>ポータブル（<input type="checkbox"/>個室 <input type="checkbox"/>多床室）</p> <p><input type="checkbox"/>おむつ</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>・個人の排せつリズムへの対応</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>○排せつ（夜間）</p> <p><input type="checkbox"/>トイレ</p> <p><input type="checkbox"/>ポータブル（<input type="checkbox"/>個室 <input type="checkbox"/>多床室）</p> <p><input type="checkbox"/>おむつ</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>・個人の排せつリズムへの対応</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○入浴</p> <p><input type="checkbox"/>大浴槽</p> <p><input type="checkbox"/>個人浴槽</p> <p><input type="checkbox"/>機械浴槽（特別浴槽）</p> <p><input type="checkbox"/>清拭</p> <p>・マンツーマン入浴ケア</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>○1週間あたりの外出</p> <p><input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>週に2～3回程度</p> <p><input type="checkbox"/>週に1回程度</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p>○1週間あたりの趣味・アクティビティ・役割活動</p> <p><input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>週に2～3回程度</p> <p><input type="checkbox"/>週に1回程度</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p>○入所者や家族の希望に沿った居場所作りの取組</p> <p>（例：本人の愛着ある物を持ち込むことにより、安心できる環境づくりを行う）</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○本人の生活史</p> <p><input type="checkbox"/>ケアに反映している</p> <p><input type="checkbox"/>ケアへの反映を検討している</p> <p><input type="checkbox"/>反映していない</p>

**【支援計画】**

計画作成日 年 月 日

<p>尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画</p> <p><input type="checkbox"/>尊厳の保持に資する取組</p> <p><input type="checkbox"/>本人を尊重する個別ケア</p> <p><input type="checkbox"/>寝たきり防止に資する取組</p> <p><input type="checkbox"/>自立した生活を支える取組</p>	
<p>基本動作（※）</p>	<p>（具体的な計画）</p>
<p>日々の過ごし方等（※）</p>	<p>（具体的な計画）</p>

説明日 年 月 日  
説明者氏名

## ICF ステージング

2. 基本動作	<input type="checkbox"/> 5 両足での立位保持を行っている <input type="checkbox"/> 4 立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている <input type="checkbox"/> 3 座位での乗り移りは行っていないが、座位（端座位）の保持は行っている <input type="checkbox"/> 2 座位（端座位）の保持は行っていないが、寝返りは行っている <input type="checkbox"/> 1 寝返りは行っていない
3a. 歩行・移動	<input type="checkbox"/> 5 公共交通機関等を利用した外出を行っている <input type="checkbox"/> 4 公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行っている <input type="checkbox"/> 3 手すりに頼らない安定した階段の昇り降りを行っていないが、平らな場所での安定した歩行は行っている <input type="checkbox"/> 2 安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている <input type="checkbox"/> 1 施設内の移動を行っていない
4a. 認知機能 オリエンテーション（見当識）	<input type="checkbox"/> 5 年月日がわかる <input type="checkbox"/> 4 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 3 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> 2 その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 1 自分の名前がわからない
4b. 認知機能 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 5 複雑な人間関係を保っている <input type="checkbox"/> 4 複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している <input type="checkbox"/> 3 書き言葉は理解していないが日常会話は行っている <input type="checkbox"/> 2 日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している <input type="checkbox"/> 1 話し言葉の理解はできない
4c. 認知機能 精神活動	<input type="checkbox"/> 5 時間管理ができる <input type="checkbox"/> 4 時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる <input type="checkbox"/> 3 簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる <input type="checkbox"/> 2 記憶の再生はできないが、意識混濁はない <input type="checkbox"/> 1 意識の混濁があった
5a. 食事 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 5 肉などを含む普通の食事を、噛んで食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 肉などを含む普通の食事を噛んで食べることは行っていないが、ストローなどでむせずに飲むことは行っている <input type="checkbox"/> 3 むせずに吸引することは行っていないが、固形物の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 2 固形物の嚥下は行っていないが、嚥下食の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 1 嚥下食の嚥下を行っていない（食べ物の嚥下を行っていない）
5b. 食事 食事動作および食事介助	<input type="checkbox"/> 5 箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼししながらも、何とか自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 3 自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 2 食事の際に特別なセッティングをしても自分で食べることを行っていないが、直接的な介助があれば食べることを行っている <input type="checkbox"/> 1 直接的な介助をしても食べることを行っていない（食べることを行っていない）
6a. 排泄の動作	<input type="checkbox"/> 5 排泄の後始末を行っている <input type="checkbox"/> 4 排泄の後始末は行っていないが、ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている <input type="checkbox"/> 3 ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている <input type="checkbox"/> 2 洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている <input type="checkbox"/> 1 尿閉（膀胱瘻を含む）や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している

7a. 入浴動作	<input type="checkbox"/> 5 安定した浴槽の出入りと洗身を行っている <input type="checkbox"/> 4 安定した浴槽の出入りと洗身は行っていないが、第三者の援助なしで入浴を行っている <input type="checkbox"/> 3 第三者の援助なしで入浴することは行っていないが、一般浴室内での座位保持は行っている。その他、入浴に必要なさまざまな介助がなされている <input type="checkbox"/> 2 浴室内での座位保持を行っておらず、一般浴での入浴を行っていないが、入浴（特浴など）は行っている <input type="checkbox"/> 1 入浴は行っていない
8a. 整容 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 5 義歯の手入れなどの口腔ケアを自分でやっている <input type="checkbox"/> 4 義歯の手入れなどの口腔ケアは自分では行っていないが、歯みがきは自分でセッティングして行っている <input type="checkbox"/> 3 自分でセッティングして歯を磨くことは行っていないが、セッティングをすれば、自分で歯みがきを行っている <input type="checkbox"/> 2 歯みがきのセッティングをしても自分では歯みがきを行っていないが、「うがい」は自分で行っている <input type="checkbox"/> 1 「うがい」を自分で行っていない
8b. 整容 整容	<input type="checkbox"/> 5 爪を切ることを自分でやっている <input type="checkbox"/> 4 爪を切ることは自分で行っていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分でやっている <input type="checkbox"/> 3 髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分でやっている <input type="checkbox"/> 2 洗顔は自分で行っていないが、手洗いは自分でやっている <input type="checkbox"/> 1 手洗いを自分で行っていない
8c. 整容 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 5 衣服を畳んだり整理することは自分でやっている <input type="checkbox"/> 4 衣服を畳んだり整理することは自分で行っていないが、ズボンやパンツの着脱は自分でやっている <input type="checkbox"/> 3 ズボンやパンツの着脱は自分で行っていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分でやっている <input type="checkbox"/> 2 更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分でやっている <input type="checkbox"/> 1 上衣の片袖を通すことを自分で行っていない
9a. 社会参加 余暇	<input type="checkbox"/> 5 施設や家を1日以上離れる外出または旅行をしている <input type="checkbox"/> 4 旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている <input type="checkbox"/> 3 屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことはしている <input type="checkbox"/> 2 集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる <input type="checkbox"/> 1 テレビを見たり、ラジオを聴いていない
9b. 社会参加 社会交流	<input type="checkbox"/> 5 情報伝達手段を用いて交流を行っている <input type="checkbox"/> 4 通信機器を用いて自ら連絡を取ることは行っていないが、援助があつての外出はしている <input type="checkbox"/> 3 外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話している <input type="checkbox"/> 2 近所づきあいはしていないが、施設利用者や家族と会話はしている <input type="checkbox"/> 1 会話がな、していない、できない
合計点数	点