1 フェースシート

相談受付 ( ) 初回相談受付者

本人氏名	日医　太郎　　男	年齢	昭和17年10月11日　生れ(82)歳
住　所	〒 電話 携帯		
緊急連絡先	氏名　年齢(　歳)本人との続柄(　) 住所　電話 携帯		
相 談 者	氏名　年齢(　歳)本人との続柄(　) 住所　電話 携帯		
相談経路 (紹介者)			
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日		

■**相談内容**（主訴／本人・家族の希望・困っていることや不安、思い）

（本人）

（介護者・家族）

■**これまでの生活の経過**（主な生活史）

介護保険	利用者負担割合　☐ 1割　☐ 2割　☐ 3割		後期高齢者医療保険(75歳以上)	一部負担金 ☐ 1割負担　☐ 2割負担　☐ 3割負担	
高額介護サービス費該当	利用者負担　(　☐ 第5段階　☐ 第4段階　☐ 第3段階　☐ 第2段階　☐ 第1段階　)				
要介護認定	☐ 済　⇒			認定日	
	☐ 未(見込み) ⇒				
身障手帳	☐ 有　☐ 無	等 級	種　級	交付日	
療育手帳	☐ 有　☐ 無	程 度		交付日	
精神障害者保健福祉手帳	☐ 有　☐ 無	等 級	級	交付日	
障害福祉サービス受給者証の有無	☐ 有　☐ 無	自立支援医療受給者証の有無	☐ 有　☐ 無	障害支援区分→(　)	

日常生活自立度	障害高齢者		判定者	(機関名　)	判定日	
	認知症			(機関名　)		

アセスメント実施日 (初回)　令和6年12月27日　(更新)

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

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
女性＝○，男性＝□　分かれば横に年齢を記載 本人＝◎，回 死亡＝●，■　　同居＝（点線囲み）で囲む	

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)

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

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

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

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

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

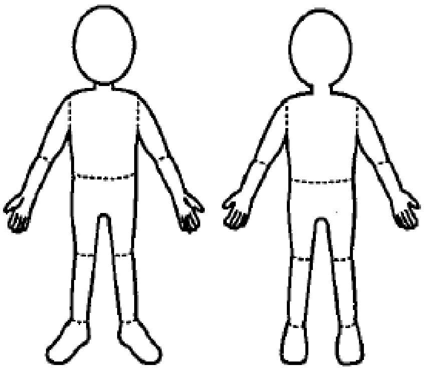
4 住居等の状況

□ 1戸建て　□ 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．□ 専用居室あり　□ 専用居室なし イ．□ 1階 □ 2階 □ その他(　)階⇒エレベーター □ 有 □ 無 ウ．□ 布団 □ ベッド⇒ □ 固定式 □ ギャッチ □ 電動 □ その他(　) エ．陽あたり □ 良 □ 普通 □ 悪 オ．暖房 □ あり □ なし　カ．冷房 □ あり □ なし		
トイレ	ア．□ 和式　□ 洋式 □ その他(　) イ．手すり □ あり □ なし ウ．トイレまでの段差 □ あり □ なし	移動手段　室外：福祉機器 □ 使用している □ 使用していない ↓使用している場合 □ 車いす　□ 電動車いす □ 杖　□ 歩行器 □ その他（　）	
浴室	ア．□ 自宅にあり □ 自宅になし イ．手すり □ あり □ なし ウ．浴室までの段差 □ あり □ なし	移動手段　室内：福祉機器 □ 使用している □ 使用していない ↓使用している場合 □ 車いす　□ 電動車いす □ 杖　□ 歩行器 □ その他（　）	
諸設備	調理器具 □ ガス □ 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】

〔全社協･在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

5 本人の健康状態・受診等の状況

<table>
<tr><th colspan="4">既往歴・現症（必要に応じ「主治医意見書」を転記）</th><th>障害等の部位</th></tr>
<tr><td colspan="4">※要介護状態に関係がある既往歴および現症</td><td rowspan="3">△障害部位
×欠損部位
●褥瘡部位

</td></tr>
<tr><td>身　長</td><td></td><td>体　重</td><td></td></tr>
<tr><td>歯の状況</td><td colspan="3">☐ 歯あり　☐ 歯なし　☐ 総入れ歯　☐ 局部義歯
⇒6-②生活機能（食事・排泄等）</td></tr>
<tr><td colspan="5">【特記事項】（病気やけが、障害等に関わる事項。改善の可能性等）

主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。</td></tr>
</table>

現在の受診状況（歯科含む）

病　名					
薬の有無		☐ 有　☐ 無	☐ 有　☐ 無	☐ 有　☐ 無	☐ 有　☐ 無
受診状況	発症時期 ※主治医意見書を参考に記入				
	受診頻度	☐ 定期(　回) ☐ 不定期	☐ 定期(　回) ☐ 不定期	☐ 定期(　回) ☐ 不定期	☐ 定期(　回) ☐ 不定期
	受診状況	☐ 通院　☐ 往診	☐ 通院　☐ 往診	☐ 通院　☐ 往診	☐ 通院　☐ 往診
受診病院	医療機関				
	診療科				
	主治医				
	連絡先	電話	電話	電話	電話
受診方法 留意点等					

往診可能な医療機関	☐ 無　☐ 有（　　　　）電話
緊急入院できる医療機関	☐ 無　☐ 有（　　　　）電話
相談.処方を受けている薬局（かかりつけ薬局）	☐ 無　☐ 有（　　　　）電話

【特記、生活上配慮すべき課題など】

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

現在、家族が実施している場合は○　時々実施の場合は△
現在、在宅サービス等で実施している場合○
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レ計画した場合に○(確認)

●6ー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 7

体位変換・起居

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

リハビリの必要性
☐ あり→P9
☐ なし

6ー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 家族実施	サービス実施	希望	要援助→計画
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
☐ 見守りのみ	☐ 見守り必要
☐ 介助あり	☐ 介助必要

3)洗身介助 現状	計画
☐ 見守りのみ	☐ 見守り必要
☐ 介助あり	☐ 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】

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

●6−②生活機能（食事・排泄等）

要介護認定項目	項目		
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

＜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　　Kｶﾛ
　□ 高血圧食　　g　□ 抗潰瘍食
　□ その他(　　　　　　　　　　)

＜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

食事

6-②2-1～2-4関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 ｻｰﾋﾞｽ実施	希望	要援助→計画
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	主食 計画
□ 普通食	□ 普通食
□ 粥食	□ 粥食
□ 経口栄養	□ 経口栄養
□ 経管栄養	□ 経管栄養
□ その他	□ その他
(　　　)	(　　　)
副　食	
□ 普通食	□ 普通食
□ 刻み食	□ 刻み食
□ ミキサー食	□ ミキサー食
□ その他	□ その他
(　　　)	(　　　)
摂取介助	
□ 見守りのみ	□ 見守り必要
□ 介助あり	□ 介助必要

排泄等

6-②2-5～2-11関係	援助の現状 家族実施	援助の現状 ｻｰﾋﾞｽ実施	希望	要援助→計画
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	排尿介助（2-5） 計画
□ 見守りのみ	□ 見守り必要
□ 介助あり	□ 介助必要
□ トイレ	□ トイレ
□ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ	□ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ
□ 尿収器	□ 尿収器
□ 導尿	□ 導尿
□ おむつ	□ おむつ
排便介助（2-6）	
□ 見守りのみ	□ 見守り必要
□ 介助あり	□ 介助必要
□ トイレ	□ トイレ
□ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ	□ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ
□ 差し込み便器	□ 差し込み便器
□ おむつ	□ おむつ
□ 摘便	□ 摘便
□ 浣腸	□ 浣腸
□ 人工肛門	□ 人工肛門

【特記、解決すべき課題など】

外出

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

【特記、解決すべき課題など】

●6ー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ー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 し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

6ー③認知機能、6ー④精神・行動障害　全般

家族等からの情報と観察		
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】

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

●6ー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 家族実施	援助の現状 ｻｰﾋﾞｽ実施	希望	要援助→計画
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 家族実施	援助の現状 ｻｰﾋﾞｽ実施	希望	要援助→計画
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ー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	1. 点滴の管理
		2. 中心静脈栄養
		3. 透析
		4. ストーマ(人工肛門)の処置
		5. 酸素療法
		6. レスピレーター(人工呼吸器)
		7. 気管切開の処置
		8. 疼痛の看護
		9. 経管栄養
	特別な対応	10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)
		11. じょくそうの処置
		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)

	援助の現状 家族実施	ｻｰﾋﾞｽ実施	希望	要援助→計画
1)測定・観察				
2)薬剤の管理				
3)薬剤の使用				
4)受診・検査介助				
5)リハビリテーション				
6)医療処置の管理				

【特記、生活上解決すべき課題など】

現状↓	計画↓	具体的内容
□	□	バイタルサインのチェック
□	□	定期的な病状観察
□	□	内服薬
□	□	坐薬(緩下剤、解熱剤等)
□	□	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等
□	□	温・冷あん法、湿布貼付等
□	□	注射
□	□	吸引
□	□	吸入
□	□	自己注射(インスリン療法)
□	□	経管栄養法
□	□	中心静脈栄養法
□	□	酸素療法
□	□	人工呼吸療法
□	□	気管カニューレ管理
□	□	自己導尿
□	□	自己腹膜灌流
□	□	膀胱留置カテーテル管理
□	□	人工肛門・人工膀胱管理
□	□	疼痛管理
□	□	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 □ 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 □ 老人保健施設 □ 介護医療院 □ その他の医療系サービス
□ 特記すべき項目なし ( )

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項 <u>(該当するものを選択するとともに、具体的に記載)</u>
□ 血圧 ( ) □ 摂食 ( ) □ 嚥下 ( )
□ 移動 ( ) □ 運動 ( ) □ その他 ( )
□ 特記すべき項目なし

(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

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

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

個別避難計画策定の有無	□ 有　□ 策定中　□ 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	

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕

■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（興味、関心）	援助の現状		要援助と判断される場合にレ計画した場合に○(確認)
				家族実施	サービス実施	
（深夜）	4					
	5					
	6					
（早朝）	7					
	8					
	9					
（午前）	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
（午後）	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
（夜間）	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
（深夜）	1					
	2					
	3					
	4					

◎：排便　△：食事　□：起床
○：排尿　☆：入浴　■：就寝

〔全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成〕