

1 高齢者台帳情報登録

1) 世帯区分

- ①一人暮らし
- ②高齢者のみ世帯
- ③障がい者のみ世帯
- ④同居世帯(混合世帯)
- ⑤老人ホーム
- ⑥その他

2) 所在区分

- ①在宅(住宅型有料老人ホーム、グループホーム含む)
- ②入院中(療養型、療養型以外)
- ③入所中(特養、老健)
- ④その他(特定、ケアハウス、軽費、養護)

3) 見守り体制

民生委員による見守り必要

※見守りが必要な状況等を記入

| |
|--|
| |
|--|

4) 高齢者要援護者台帳登録

登録済み 今回登録(新規・更新)

5) 利用する医療機関

| | | | | |
|---|-------|--|------|--|
| 1 | 医療機関名 | | 電話番号 | |
| | 医師 | | 診療科目 | |
| | 疾病名 | | 日付 | |
| | 内容 | | | |
| 2 | 医療機関名 | | 電話番号 | |
| | 医師 | | 診療科目 | |
| | 疾病名 | | 日付 | |
| | 内容 | | | |
| 3 | 医療機関名 | | 電話番号 | |
| | 医師 | | 診療科目 | |
| | 疾病名 | | 日付 | |
| | 内容 | | | |

6) 現在利用しているサービス

| 公的サービス | 非公的サービス |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 通所型サービス ⇒ <input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> 生活支援型 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス ⇒ <input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> まごころ訪問事業 <input type="checkbox"/> 配食サービス事業 <input type="checkbox"/> あんしんコール事業 ⇒ <input type="checkbox"/> おたすけコール <input type="checkbox"/> みまもりコール <input type="checkbox"/> 日常生活用具(自動消火器)給付事業 <input type="checkbox"/> 寝具洗濯サービス事業 <input type="checkbox"/> 介護用品(紙おむつ)給付サービス事業 <input type="checkbox"/> 住宅改造費助成事業(住みよか事業) <input type="checkbox"/> 認知症高齢者等事前登録制度 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業() <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障がい者福祉サービス | <input type="checkbox"/> いきいきサロン <input type="checkbox"/> シニアクラブ <input type="checkbox"/> その他() |

7) 確認事項

- (1) 通知書等送付先 申請者 その他 → 相談記録に入力
- (2) サービス調整者 本人 包括 申請者
- ケアマネジャー その他 → 相談記録に入力

※サービス調整者は、利用決定後に実際にサービス提供事業者と連絡調整する方にチェックを入れてください。

2 実態把握調査情報登録

| ADL状態 | | | | | 備考 | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----|----------|---------|
| ①歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 要介護 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | |
| ②動作 | <input type="checkbox"/> 起立可 | <input type="checkbox"/> 座位可 | <input type="checkbox"/> 寝返り | <input type="checkbox"/> 常時臥床 | | | |
| ③排便 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声かけ | <input type="checkbox"/> 要介護 | <input type="checkbox"/> おむつ | | | |
| ④排尿 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声かけ | <input type="checkbox"/> 要介護 | <input type="checkbox"/> おむつ | | | |
| ⑤聞く | <input type="checkbox"/> 健常 | <input type="checkbox"/> 少し難 | <input type="checkbox"/> 大分難 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | |
| ⑥話す | <input type="checkbox"/> 健常 | <input type="checkbox"/> 少し難 | <input type="checkbox"/> 大分難 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | |
| ⑦見る | <input type="checkbox"/> 健常 | <input type="checkbox"/> 少し難 | <input type="checkbox"/> 大分難 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | |
| ⑧食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声かけ | <input type="checkbox"/> 半介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| ⑨入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 要介護 | <input type="checkbox"/> 清拭等 | | | |
| ⑩着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声かけ | <input type="checkbox"/> 半介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| IADL状態(本人) | | | | | 時間 | 1日の過ごし方 | 趣味・特技など |
| ①掃除 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | 起床 | 知人・友人関係等 | |
| ②洗濯 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | 朝食 | | |
| ③買物 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | | | |
| ④調理 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | | | |
| ⑤整理 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | 昼食 | | |
| ⑥ゴミ出し | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | | | |
| ⑦通院 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | | | |
| ⑧服薬 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | 夕食 | | |
| ⑨金銭 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | | | |
| ⑩電話 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | : | 就寝 | | |
| IADL状態(同居家族のみ) | | | | | 備考 | | 家族構成 |
| ①掃除 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ②洗濯 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ③買物 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ④調理 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ⑤整理 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ⑥ゴミ出し | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ⑦通院 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ⑧服薬 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ⑨金銭 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| ⑩電話 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 一部 | <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |

3 基本チェックリスト登録(一般高齢者、要支援者は必須項目、要介護者は省略可)

| | | | |
|----|-----------------------------------|----|-----|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | はい | いいえ |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | はい | いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | はい | いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | はい | いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | はい | いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | はい | いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか | はい | いいえ |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | はい | いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | はい | いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | はい | いいえ |
| 11 | 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | はい | いいえ |
| 12 | 身長()cm、体重()kg | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | はい | いいえ |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | はい | いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | はい | いいえ |
| 16 | 週に1日以上は外出していますか | はい | いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | はい | いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか | はい | いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | はい | いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | はい | いいえ |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | はい | いいえ |
| 22 | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | はい | いいえ |
| 23 | (ここ2週間)以前は楽にできたことが今ではおっくうに感じられる | はい | いいえ |
| 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない | はい | いいえ |
| 25 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | はい | いいえ |

4 アセスメント基礎情報登録

次回アセスメント予定日(年 月 日)
 ※備考にアセスメントが必要なサービス名を入力してください。

5 配食サービス

開始日 年 月 日(昼・夕) ~ 年 月 日(昼・夕)

ごはん(普通・全粥) おかず(普通・粗きざみ・きざみ) 祝祭日利用(有・無)

| | | 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 食数上限(食) | 昼食 | | | | | | | |
| | 夕食 | | | | | | | |

調整理由 1 身体状況 2 家族協力体制等の状況 3 身体状況と家族協力状況
4 他サービスが必要 5 通所サービスの変化 6 その他

配食サービス利用において変化があった場合の包括に連絡の必要性

あり なし その他()

6 あんしんコール事業(※85歳以上の独居世帯等の場合も記入してください。)

(1) 共通事項

外出の頻度 ()回/週 必要最低限(通院・買い物等)のみ・自由に外出可能
携帯電話 あり・なし

(2) おたすけコール

緊急を要する疾患の有無 なし・あり→心疾患・発作性疾患(疾患名:)・その他()

(3) みまもりコール

疾患の有無 なし・あり→心疾患・発作性疾患(疾患名:)・その他()

| | 電話番号等 | 種類(○をつける) |
|---------|-------|------------------|
| 対象者の連絡先 | 第1連絡先 | 固定電話・携帯電話・その他() |
| | 第2連絡先 | 固定電話・携帯電話・その他() |

| みまもりのスケジュール(案) | | 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 |
|----------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 時間 | | | | | | | | |
| 内容 | | | | | | | | |

※内容…体調確認、服薬管理(声かけのみ)など

7 日常生活用具給付(自動消火器)

商品名 キッチンレオ(FHL-4) キッチンレオ(FHL-10K) ホームレオ(FHL-10)

取付場所 台所 居間 その他()

取付立会者 本人のみ 申請者 包括 ケアマネジャー その他()

火の不始末の有無 有 無

8 寝具洗濯サービス事業

替え布団 要 不要