別紙様式７

**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 | □男　　　　　□女 | 被保険者番号 |  |

**【基本情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | □自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ |
| 評価日 | 年　　　月　　　日 |
| 評価時点 | □サービス利用開始時　□サービス利用中　□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　□なし　□あり（ 　　　 ）　　・移動　 □なし　□あり（ 　 　　 ）  ・摂食　□なし　□あり（ 　　　 ）　　・運動 　□なし　□あり（ ）  ・嚥下　□なし　□あり（ 　　　 　　 　 ）　　・その他 □なし　□あり（ 　　 　 ） | |
| （４)基本動作  ・寝返り　　　　　□自立 □見守り □一部介助 □全介助  ・起き上がり　　　□自立 □見守り □一部介助 □全介助  ・座位の保持　　　□自立 □見守り □一部介助 □全介助  ・立ち上がり　　　□自立 □見守り □一部介助 □全介助  ・立位の保持 　　 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | （５）ADL  　　　　　　　　 自立 一部介助 　　全介助  ・食事　　　　　　　　　　 □10　　□５　 □０  ・椅子とベッド間の移乗　　 □15 □10←（監視下）  　　　　　　　（座るが移れない）→ □５　 □０  ・整容　　　　　　　　　　 □５　　□０　 □０  ・トイレ動作 　　　　　 □10　　□５　 □０  ・入浴 □５　　□０　 □０  ・平地歩行 □15 □10←（歩行器等）  　　　　　　（車椅子操作が可能）→ □５　 □０  ・階段昇降　　　　　　　　 □10　　□５　 □０  ・更衣 □10　　□５　 □０  ・排便コントロール □10　　□５　 □０  ・排尿コントロール □10　　□５　 □０ |
| （６）自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果  □期待できる（期待できる項目： □基本動作　□ADL　□IADL　□社会参加　□その他）  □期待できない  □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 |
| ○離床  　□なし　□あり  ・１日あたりのベッド上以外で過ごす時間  □10時間以上  □６～10時間  □３～６時間  □３時間未満  ○食事  □居室外（食堂、デイルーム等）  　□ベッド上  □その他  ・食事時間や嗜好への対応  □なし　□あり  〇排せつ（日中） □トイレ  　□ポータブル（□個室　□多床室）  　□おむつ  □その他  　・個人の排せつリズムへの対応  □なし　□あり | 〇排せつ（夜間）  □トイレ  □ポータブル（□個室　□多床室）  □おむつ  □その他  ・個人の排せつリズムへの対応  □なし　□あり  〇入浴  □大浴槽  □個人浴槽  □機械浴槽（特別浴槽）  □清拭  ・マンツーマン入浴ケア  □なし　□あり | ○１週間あたりの外出  　□ほぼ毎日  　□週に２～３回程度  　□週に１回程度  　□なし  ○１週間あたりの趣味・  アクティビティ・役割活動  　□ほぼ毎日  　□週に２～３回程度  　□週に１回程度  　□なし  ○入所者や家族の希望に沿った居場所作りの取組  （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）  □なし　□あり  ○本人の生活史  □ケアに反映している  □ケアへの反映を検討している  □反映していない |

**【支援計画】**

計画作成日 　　　年　　　月　　　日

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

説明日　　　　　　年　　月　　日

説明者氏名