

利用者状況記録

今回記録日：平成 年 月 日

前回記録日：平成 年 月 日

記録者職・氏名： _____

利用者氏名	男・女	生年月日	M.T.S	年 月 日	年齢	才	
住所	〒 _____ _____ 電話番号 _____						
公費負担医療	公費負担者番号	_____	適用開始	年 月 日			
	公費受給者番号	_____	有効期限	年 月 日			
介護保険	被保険者番号	_____	要介護度	要支援 () ・ 要介護 ()			
	要介護等認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日					
	認定審査会意見						
	他サービス利用状況	訪問系サービス		通所系サービス		その他サービス	
		訪問介護	週 回	通所介護	週 回	特定福祉用具販売 (品目)	
訪問入浴介護		週 回	通所リハビリテーション	週 回			
訪問看護		週 回					
訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導	週 回						
短期入所利用日数	日/月当たり・年当たり						
身体障害者手帳交付の有無等	有 ・ 無 (有の場合手帳の種類 _____)						
障害福祉サービス(居宅介護・重度訪問介護等)受給の有無等	有 ・ 無 (有の場合(障害程度区分 _____) 支給決定時間数 居宅介護 時間・重度訪問介護 時間)						
民生委員	氏名	住所 _____ 電話番号 _____					
緊急時の連絡先	家族	氏名 続柄	〒 _____ 電話番号 _____				
	主治医	医療機関名称 医師氏名	電話番号 _____				
家族構成図(介護者の状況等)			住居の状況：一戸建て(平屋・〇階建・中・高層アパート・マンション) (間取り等の略図)				
※ 親子、配偶関係を階層的に記するなど、分かりやすい表記となるよう工夫することが望ましい。							
主たる介護者 (_____) 同居家族 (有 ・ 無)							
生活歴・職業歴・婚姻歴等			屋内外の移動等に際して、留意すべき事項				
※ 必ずしも、聴き取らなければならない情報ではないが、サービス提供を行う上での禁忌(タブー)の把握を行うといった点で有用であると考え。							

既往症 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置)
通院の状況 (上記において治療中である場合) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無)
認知症老人の日常生活自立度 ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
障害老人の日常生活自立度 ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C
ご家族の習慣的・個別的な介護方法

ADLの状況		援助の必要性 (有・無)
歩 行		見守り・一部介助・全介助
食 事		見守り・一部介助・全介助
排 泄		見守り・一部介助・全介助
入 浴		見守り・一部介助・全介助
整 容		見守り・一部介助・全介助
意思疎通		見守り・一部介助・全介助
その他		見守り・一部介助・全介助

サービス担当者会議の概要

- (初 回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：

記載欄が不足する場合は、別葉とするなど工夫してください。

居宅介護支援事業者名（事業者番号）
 担当介護支援専門員
 Tel. — —
 ()

希望する品目並びに利用者及び家族の意向・希望等	福祉用具専門相談員の意見等
<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊〈はいかい〉感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。）	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> 福祉用具の品目ごとに、 ① 選定した日付 ② 選定した機種（型番） ③ 選定理由（福祉用具専門相談員の意見を付記） ④ 搬入（予定）日時 ほか を記入すること。 </div>

○ 軽度者（要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ）である利用者の状況（例外的な取扱いを行う場合のもの）

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果	判定結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査2-5「3. できない」サービス担当者会議の結果 ()	該当・非該当 該当・非該当
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査2-2「3. できない」 基本調査2-1「3. できない」	該当・非該当 該当・非該当
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査2-1「3. できない」	該当・非該当
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査6-3「1. 普通」以外 又は 基本調査6-4「1. 介護者の指示が通じる」以外 又は基本調査6-5（ア～カ）のいずれか 「2. できない」又は基本調査7（ア～テ）のいずれか 「1. ない」以外 基本調査2-7 「4. 全介助」以外	該当・非該当 該当・非該当
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査3-1「3. できない」 基本調査2-6「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 サービス担当者会議の結果 ()	該当・非該当 該当・非該当 該当・非該当

※ 認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写しを本票と併せて保存すること。

○ 上記表による判定結果において非該当の場合であって、特に例外的な取扱いが必要なケースに係る状況

<p>① 医師の医学的な所見に基づく判断 ◇ 右記の i) ii) iii) に該当することを、次のいずれかの方法により確認する必要があること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医意見書 ・ 医師の診断書 ・ 担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見 	<p>i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第23号告示第19のイに該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)</p> <p>ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期のうちに第23号告示第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化)</p> <p>iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)</p>	<p>該当・非該当</p> <p>該当・非該当</p> <p>該当・非該当</p>										
<p>② サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨の判断</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">会議開催日時</td> <td>年 月 日 ○○:○○~○○:○○</td> </tr> <tr> <td>会議出席者</td> <td>介護支援専門員氏名： 福祉用具専門相談員氏名： その他の職・氏名：</td> </tr> <tr> <td>福祉用具専門相談員の意見</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会議の結論 (貸与の適否)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">※ サービス担当者会議の会議録等を添付すること。</td> </tr> </table>		会議開催日時	年 月 日 ○○:○○~○○:○○	会議出席者	介護支援専門員氏名： 福祉用具専門相談員氏名： その他の職・氏名：	福祉用具専門相談員の意見		会議の結論 (貸与の適否)		※ サービス担当者会議の会議録等を添付すること。	
会議開催日時	年 月 日 ○○:○○~○○:○○											
会議出席者	介護支援専門員氏名： 福祉用具専門相談員氏名： その他の職・氏名：											
福祉用具専門相談員の意見												
会議の結論 (貸与の適否)												
※ サービス担当者会議の会議録等を添付すること。												
<p>③ 市町村による書面等の確認</p>	<p>市 町 村： 提出書面： 確 認 日：</p>											

○ 同一の福祉用具を複数貸与する場合、その理由

福祉用具の品目	理 由
車いす	
車いす付属品	
特殊寝台	
特殊寝台付属品	
床ずれ防止用具	
体位変換器	
手すり	
スロープ	
歩行器	
歩行補助つえ	
認知症老人徘徊〈はいかい〉感知機器	
移動用リフト (つり具の部分を除く。)	

○ 貸与する福祉用具の機能、使用方法の説明等

説明日 担当者職・氏名	説明内容	利用者同意 (印鑑またはサイン)
年 月 日 ()	※ 使用説明書、カタログ等を添付すること 〔 〕	
年 月 日 ()	〔 〕	
年 月 日 ()	〔 〕	
年 月 日 ()	〔 〕	

○ 貸与する福祉用具の調整及び利用者に対する指導等

貸与品目	調整（フィッティング）の概要	利用者に対する指導
() () () ()		実施日：年 月 日 担当者職・氏名：() 指導内容： 〔 〕
() () () ()		実施日：年 月 日 担当者職・氏名：() 指導内容： 〔 〕
() () () ()		実施日：年 月 日 担当者職・氏名：() 指導内容： 〔 〕
() () () ()		実施日：年 月 日 担当者職・氏名：() 指導内容： 〔 〕

