

横浜市在宅援助記録票に係る事務取扱要綱

制定 平成31年4月1日 健福第 1518 号（局長決裁）

最近改正 令和7年3月27日 健福第 2161 号（局長決裁）

（目的）

第1条 この要綱は、区福祉保健センター及び地域ケアプラザ等の職員が、日常生活を営むにあたり支援を要する者の在宅生活を支援するにあたり、必要な記録と情報を整理し、組織的な対応を図るため、在宅援助記録票（以下「記録票」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（記録票の様式）

第2条 記録票の様式は、第1号様式を新規対象者の記録、第2号様式を継続支援対象者の記録とし、構成は別表のとおりとする。

2 記録票の様式は、健康福祉局福祉保健課、地域支援課、障害施策推進課、高齢在宅支援課、高齢施設課及び健康推進課が、協議のうえ定める。

（記録票の使用範囲等）

第3条 記録票は、次の用途に使用する（関係機関等への情報提供を含む）。

（1） 個人援助の記録

（2） 福祉・保健サービス等の利用可否やその内容の判断

（3） 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法に基づく障害福祉サービス、相談支援、地域生活支援事業の支給決定の際の、勘案事項の整理

2 前項の用途に該当する事業は区福祉保健センター業務において取扱う事業等（別に要綱等で援助記録様式が定められている業務を除く）とする。

3 記録票の記載方法等は、事業所管課が定める。

（記録票記入者）

第4条 記録票記入者は次に定める者とする。

（1） 区福祉保健センターに属する社会福祉職、保健師及び看護師等の職員

（2） 地域ケアプラザ等の職員のうち相談支援に関わる者

（記録票対象者）

第5条 記録票対象者は、次に定める者とする。

（1） 区福祉保健センター業務において取扱う事業等の対象者

（2） 日常生活を営むにあたり支援を要する前条に定める記録票記入者の相談支援対象者

（個人情報の取扱い）

第6条 記録票記入者は、記録票対象者が福祉・保健サービス等の必要な支援を受けるにあたり必要な範囲内で個人情報を収集するものとする。

2 記録票に記入した個人情報を関係機関等に提供する場合は、法令又は条例の定めがある場合を除き、本人の同意を得なければならない。

（記録票の保存期間）

第7条 常用とする。また、常時使用する必要がなくなった後の保存期間は、別に定めがある場合を除き、5年とする。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、この事務の実施について必要な事項は、健康福祉局長が別に定める。

2 この要綱は、健康福祉局福祉保健課が所管する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

(在宅援助記録票記入要領の廃止)

2 在宅援助記録票記入要領（平成 8 年 12 月 1 日施行）は、廃止する。

(経過措置)

3 この要綱の施行の際、廃止前の在宅援助記録票記入要領により作成されている記録票は、当分の間、適宜修正のうえ使用することができる。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和元年11月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の横浜市在宅援助記録票に係る事務取扱要綱により作成されている様式書類は、当分の間、適宜修正のうえ使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の横浜市在宅援助記録票に係る事務取扱要綱により作成されている様式書類は、当分の間、適宜修正のうえ使用することができる。

別表

第 1 号様式― 1	主に共通情報を記入するもの
第 1 号様式― 2 ADL	主に高齢者の日常生活動作（以下、「ADL」という。）を記入するもの
第 1 号様式― 2 ADL 身障	主に身体障害者の ADL を記入するもの
第 1 号様式― 3― a 医療・社会的活動	主に医療及び社会的活動の状況を記入するもの
第 1 号様式― 3― b 介護者	主に介護者の状況を記入するもの
第 1 号様式― 3― c サービス利用支援	主にサービス利用状況を記入するもの
第 1 号様式― 3― d 居住環境	主に居住環境を記入するもの
第 1 号様式― 3― e 認知症	主に認知症の状況を記入するもの
第 1 号様式― 3― i 知的障害	主に知的障害者の ADL を記入するもの
第 1 号様式― 3― j ① 基礎調査票・先天性障害	主に障害歴等を記入するもの
第 1 号様式― 3― j ② 基礎調査票・共通	主に障害歴等を記入するもの
第 1 号様式― 3― j ③ 重症心身障害	主に重症心身障害児・者の ADL を記入するもの
第 1 号様式― 3― k 精神障害	主に精神障害者の ADL を記入するもの
第 1 号様式― 4 援助計画	援助計画を記入するもの
第 1 号様式― 5	障害福祉サービス等支給決定記録票
第 2 号様式①	主に ADL・日常生活・医療情報を記入するもの
第 2 号様式②	主に経過を記録するもの

(第1号様式－1)
在宅援助記録票

年 月 日 記入者:

把握日	年 月 日		把握経路	1 区役所相談窓口 2 地域包括支援センター 3 居介支 4 基幹相談支援センター 5 指定特定 6 児相 7 サービス事業者									
訪問日	年 月 日			8 医療機関 9 要介護認定 10 民生委員等 11 生活支援センター 12 センター内引継 13 転入 14 その他() 15 不明									
担当者(訪問者には○)	福祉保健センター	社会福祉職	()	MSW	()	(他機関)		()					
		保健師	()	訪問看護師	()			()					
	地域包括支援センター		氏名:		所属・連絡先:		()						
	介護支援専門員/相談支援専門員		氏名:		所属・連絡先:		()						
	基幹相談支援センター		氏名:		所属・連絡先:		()						
ふりがな氏名	様 性別			男・女	生年月日	M T S H R		年	月	日生(歳)			
住所	区					職業		現況	在宅入院・入所()				
TEL	()		FAX	()									
対象者概要													
手帳等情報等	有	身障手帳:障害名 種 級 県・市(No) 年 月 日交付											
	無	精神保健福祉手帳: 1級/2級/3級 交付日 年 月 日											
	申請中	愛の手帳: 県・市(No) 年 月 日交付 程度()次回判定年月: 年 月 判定機関:											
		知的障害者情報: ()判定機関: 重心認定:有・無											
	要介護度等:		認定有効期間:		~	被保険者番号:		未申請・非該当・申請中					
	障害支援区分:		認定有効期間:		~	受給者証番号:		未申請・非該当・申請中					
	健康保険: 国保(本人・家族) 後期高齢者医療 社保(本人・家族) 医療扶助(生活保護)												
	自立支援医療(精神通院医療):受給者証番号: 認定有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日												
	主な収入: 給与 年金(国民・厚生・共済) (老齢・障害・遺族) 労災 生活保護等 その他												
	世帯形態	1 単身 2 夫婦のみ 3 子ども世帯と同居(a 同一世帯 b 二世帯) 4 親族と同居(親 兄弟姉妹 その他)											
5 その他()													
世帯状況	氏名		生年月日		続柄	同別居	健康状態	介護者(主◎従○)	備考(連絡先、職業、税額等)				
			M T S H R			同・別	良好・不良						
			M T S H R			同・別	良好・不良						
			M T S H R			同・別	良好・不良						
			M T S H R			同・別	良好・不良						
			M T S H R			同・別	良好・不良						
家族概況							家族構成						
利用中のサービス等	継続利用中のサービス(事業所名)					過去に利用したサービス(10履歴まで)							

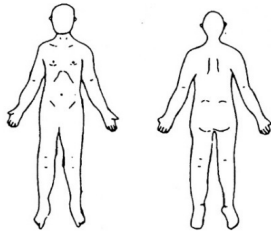
氏名： 様 年 月 日 記入者：

動 作										場所・補助具・介護状況など				
床 上	寝 返 り	1 できる	2 何かにつかまればできる	3 できない	電動ベッド 有・無									
	起き上がり	1 できる	2 何かにつかまればできる	3 できない										
	座位保持	1 できる	2 自分で支えれば可	3 支えが必要										4 不可
	立位保持	1 できる	2 支えが必要	3 できない										
	移 乗	1 自立	2 見守り等	3 一部介助										4 全介助
移 動	屋 内	1 自立	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助	つたい歩き 介助歩行 はいずり 装具(杖 短下肢装具 歩行器 車椅子 その他())								
	屋 外	1 自立	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助									
入 浴	浴槽出入り	1 自立	2 一部介助	3 全介助	方法		風呂 シャワー 清拭 訪問入浴 福祉サービス()							
	洗 身	1 自立	2 一部介助	3 全介助										
	洗 髪	1 自立	2 一部介助	3 全介助	身長	cm	体重	kg						
	留 意 点													
排 泄	排 尿	1 自立	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助	回数：		／日 尿意：有・時々・無 伝達：可・不可						
	排 便	1 自立	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助	回数：		／ 日 便意：有・時々・無 伝達：可・不可						
		移動	自立 介助		失禁		無 時々 常時							
		腰掛動作	自立 介助		便通		普通 便秘 下痢							
		衣類着脱	自立 介助		方法		便所 ポータブルトイレ 尿器 おむつ バルンカテーテル ストマ 併用							
		後始末	自立 介助											
食 事	嚥 下	1 できる	2 見守り等	3 できない	食堂 自室 箸 スプーン フォーク ベッド上 その他 補助具 経管栄養									
	食事摂取	1 自立	2 見守り等	3 一部介助									4 全介助	
	食事形態	普通 軟食 きざみ ミキサー												
	食事内容	常食 特別食()			食事回数：		食欲：							
	飲 水	1 自立	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助									
清 潔	口腔清潔	1 自立	2 一部介助	3 全介助										
	洗 顔	1 自立	2 一部介助	3 全介助										
	整 髪	1 自立	2 一部介助	3 全介助										
	爪 切 り	1 自立	2 一部介助	3 全介助										
衣 類 着 脱	上 着	1 自立	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助									
	ズボン等	1 自立	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助									
I-ADL	金銭管理	1 自立	2 一部介助	3 全介助										
	電話の利用	1 自立	2 一部介助	3 全介助										
意思の疎通	日常の意思決定	1 自立	2 限定的に自立	3 中程度の障害	4 重度の障害									
	視 力	1 普通	2 1m先が見える	3 目の前が見える	視覚障害： 有(右 左) 無									
		4 ほとんど見えない	5 判断不能											
	聴 力	1 普通に聞こえる	2 やっと聞こえる	聴覚障害： 有(右 左) 無 補聴器： 有 無										
		3 かなり大きな声なら聞こえる	4 ほとんど聞こえない									5 判断不能		
	意思の伝達	1 伝達できる	2 時々伝達できる	言語障害： 有 無										
3 ほとんど伝達できない		4 伝達できない												
了 解 度	1 了解できる	2 ほぼ了解できる	認知症症状： 有 無 精神症状： 有 無											
	3 容易に了解できない	4 できない												
指示への反応	1 指示が通じる	2 時々通じる	3 指示が通じない											
特別な医療	点滴の管理	中心静脈栄養		透析	ストーマの処置		酸素療法	レスピレ						
	疼痛の看護	経管栄養		モニター測定	褥創の処置		カテーテル							
自立度	障害高齢者	正常(自立)	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2				
	認知症高齢者	正常(自立)	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	その他				

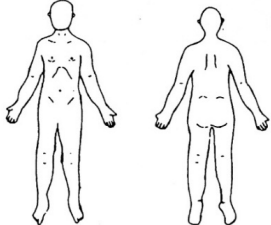
氏名： 様 年 月 日 記入者：

動作						場所・補助具・介護状況など				
床 上	寝返り	自立	何かにつかまれば可		できない	電動ベッド 有・無 エアーマットの使用 有・無				
	起き上がり	自立	何かにつかまれば可		できない					
	座位保持	自立	自分で支えれば可・支えが必要		できない					
	立位保持	自立	支えが必要		できない					
	移 乗	自立	見守り・一部介助		できない					
移 動	屋 内	自立	見守り	一部介助	全介助	補装具の使用(杖 下肢装具 歩行器 車椅子 その他)				
	屋 外	自立	見守り	一部介助	全介助					
入 浴	浴槽出入り	自立	見守り	一部介助	全介助	留意点(頻度等)				
	洗 身	自立	見守り	一部介助	全介助					
	洗 髪	自立	見守り	一部介助	全介助					
	方法:風呂		シャワー	清拭	入浴サービス		身長	cm	体重	kg
排 泄	排 尿	自立	一部介助	全介助	回数:	尿意:有・時々・無		伝達:可・不可		
	排 便	自立	一部介助	全介助	回数:	便意:有・時々・無		伝達:可・不可		
					失禁:	無 時々 常時		便通:普通 便秘 下痢		
	間接支援	不要	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する						
方 法		便所 Pトイレ 便尿器 オムツ バルンカテーテル ストマ								
食 事	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	自助具の使用(有・無) スプーン フォーク 箸 手づかみ				
	飲 水	自立	見守り	一部介助	全介助					
	嚥 下	自立	見守り				栄養状態			
	食事形態	普通 軟食 きざみ ミキサー								
	食事内容	常食 特別食()				食事回数: 食欲:				
清 潔	口腔清潔	自立	見守り・一部介助		全介助					
	洗 顔	自立	見守り・一部介助		全介助					
	整 髪	自立	見守り・一部介助		全介助					
	爪切り	自立	見守り・一部介助		全介助					
着 脱	上 着	自立	見守り・一部介助		全介助					
	ズボン等	自立	見守り・一部介助		全介助					
I-ADL	洗 濯	自立	一部介助		全介助					
	掃 除	自立	一部介助		全介助					
	整理・整頓	自立	一部介助		全介助					
	買 物	自立	一部介助		全介助					
	調 理	自立	一部介助		全介助					
	金銭管理	自立	一部介助		全介助					
	電話の利用	自立	一部介助		全介助					
コミュニケーション	視 力	普通 1m先が見える 目の前が見える ほとんど見えない 判断不能				視覚障害: 有(右 左) 無		コミュニケーション機器		
	聴 力	普通に聞こえる やっと聞こえる かなり大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない 判断不能				聴覚障害: 有(右 左) 無				
	意思の伝達	伝達できる 時々伝達できる ほとんど伝達できない 伝達できない				補聴器: 有 無 手話: 可 不可 言語障害: 有 無				
	理解度	特に問題なし 一部相手の身振り・言葉が理解できる 他者の身振り・言葉が理解できない				認知症症状: 有 無 精神症状: 有 無				
	話 す	普通に話す 聞き取りにくい 聞き取れない				知的障害: 有 無				
	書 く	書ける 読み取りにくい 書けない								
	読 む	読める(墨字 点字) 読めない								
要配慮行動	有・無									

氏名： 様 年 月 日 記入者：

	時 期	病 名	医 療 機 関	内 容 (受 診 状 況 な ど)		
既往・現病歴						
	服薬状況			内服	自立 一部介助 全介助	
				感染症		
				1 有 MRSA 疥癬 結核 緑膿菌 その他 2 無		
身体状況	一般状態	身長： cm 体重： kg	機能障害の程度・皮膚の状態 (麻痺・関節の状態・発赤・浮腫・褥創 等)			
	栄養状態					
	口腔状態	義歯：有(合う 合わない 痛む)・無 歯痛(有・無) しみる(有・無) 動揺痛(有・無) 歯肉の炎症(有・無) 口臭(有・無) 食物残渣(有・無)				
	その他	アレルギー：有() 無				
	睡眠	1 普通 2 まあまあ眠れる 3 あまり眠れない				
IADL	掃 除	1 自立 2 一部介助 3 全介助				
	洗 濯	1 自立 2 一部介助 3 全介助				
	調 理	1 自立 2 一部介助 3 全介助				
	買い物	1 自立 2 一部介助 3 全介助				
生活歴				嗜好	飲酒	
					喫煙	
社会的活動等	集団への不適応	1 ない 2 ときどきある 3 ある				
	1日の過ごし方	0 12 24				
	家庭内での役割・日課					
	外出頻度 外出先					
	相談相手 知人・近所との交流 趣味 生きがい 楽しみ					

対象者氏名： 様／介護者氏名： 様 年 月 日 記入者：

健康 管 理	<input type="checkbox"/> 1 生活習慣病、腰痛、更年期障害などがある <input type="checkbox"/> 2 定期受診が必要な疾患があるのに受診していない <input type="checkbox"/> 3 疾病のコントロールが思わしくない <input type="checkbox"/> 4 定期的に健診を受けておらず、疾病予防を心がけていない <input type="checkbox"/> 5 過度の睡眠不足がある <input type="checkbox"/> 6 その他	既往・現病歴・主治医
	主訴・バイタルサイン等 	服薬
精 神 面	<input type="checkbox"/> 7 介護負担感が大きい <input type="checkbox"/> 8 身体症状に伴う悩みがある <input type="checkbox"/> 9 介護が大変になるのではないかと今後の不安が大きい <input type="checkbox"/> 10 介護以外にも問題・悩みを抱えている <input type="checkbox"/> 11 介護以外のことを考える精神的ゆとりがない <input type="checkbox"/> 12 気分転換がうまくできていない <input type="checkbox"/> 13 その他	特記事項
	<input type="checkbox"/> 14 家庭内で介護の役割分担ができていない <input type="checkbox"/> 15 介護を一人で背負い込んでいる <input type="checkbox"/> 16 介護者自身に何かあった時の対応を考えていない <input type="checkbox"/> 17 要介護者本人がサービス利用に消極的である <input type="checkbox"/> 18 介護者自身がサービス利用に消極的である <input type="checkbox"/> 19 サービス利用方法の理解のための支援が必要 <input type="checkbox"/> 20 ケアマネジャーと十分相談できていない <input type="checkbox"/> 21 経済的負担を気にしている <input type="checkbox"/> 22 その他	
	<input type="checkbox"/> 23 相談できる人がいない <input type="checkbox"/> 24 介護に対する理解が得られていない <input type="checkbox"/> 25 介護者同士のつながりががない <input type="checkbox"/> 26 その他	
	<input type="checkbox"/> 27 良好な関係とはいえない <input type="checkbox"/> 28 役割の交替・変化があり、困っていることがある <input type="checkbox"/> 29 本人ができることも手を出してしまう <input type="checkbox"/> 30 症状に応じた介護方法の理解が乏しい <input type="checkbox"/> 31 病状の理解が不十分で、本人に過度の期待をしている <input type="checkbox"/> 32 イライラして、たたいたりしてしまうことがある <input type="checkbox"/> 33 イライラして、強く叱ったりしてしまうことがある <input type="checkbox"/> 34 わざと無視したりして、感情的になることがある <input type="checkbox"/> 35 その他	
その他		

氏名: 様 年 月 日 記入者:

居宅介護支援依頼先

1 本人家族が連絡し、決める

□依頼先が決まっている

□空き情報提供

2 行政からの連絡調整が必要

事業所名

()

介護予防支援/介護予防ケアマネジメント依頼先

地域包括支援センター

()

[illegible]

氏名： 様 年 月 日 記入者：

認知症診断	1 無	SWの判断 PHNの判断 MSWの判断 家族の判断 その他()			
	2 有	診断名： アルツハイマー型認知症 血管性認知症 レビー小体型認知症 前頭側頭型認知症 その他()			
		診断機関： 主治医： 診断時期：			
認知症の治療歴		1 無 2 有			
薬物療法	1 受けている				
	2 受けていない				
精神疾患	1 無 2 有	病名： 医療機関名： 主治医：			
経 過					
程 度	了解度	1 一度言えば了解する 2 ほぼ了解する 3 容易に了解できない 4 全く了解できない			
	記憶障害	1 時々物忘れはあるが指摘すれば納得する 2 時々物忘れがあり、同じ事をしたり言ったりする 3 直前のことも忘れ、昔の事柄・出来事だけしか覚えていない 4 何事も全く覚えがない			
	失見当	1 無 2 有 (場所・人・時間・季節)			
行動・ 心理症状/ 精神症状 など	1 被害的傾向				
	2 作話				
	3 感情が不安定				
	4 昼夜逆転				
	5 同じ話をする				
	6 大声を出す				
	7 介護に抵抗				
	8 落ち着きなし				
	9 一人が出たがる				
	10 収集癖				
	11 物や衣類を壊す				
	12 ひどい物忘れ				
	13 独り言・独り笑い				
	14 自分勝手に行動する				
	15 話がまとまらない				
	16 不潔行為				
	17 異食行動				
	18 幻視・幻聴				
	19 暴言・暴行				
	20 外出して戻れない				
	21 火の不始末				
	22 その他				
介護上困っていること		家族の認知症への理解度・受容度			

身 辺 処 理	食 事	自立	見守り・声かけが時々必要 身体の一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	具 体 的 な 様 子
	排 泄	自立	見守り・声かけが時々必要 身体の一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	衣服着脱	自立	見守り・声かけが時々必要 身体の一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	入 浴	自立	見守り・声かけが時々必要 身体の一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	身だしなみ	自立	見守り・声かけが時々必要 身体の一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	生理の始末	自立	見守り・声かけが時々必要 身体の一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
	服薬・健康管理	自立	見守り・声かけが時々必要 身体の一部介助	見守り・声かけが常時必要 身体的全介助	
(その他支援が必要な状況)					
コ ミ ュ ニ ケー ション	意思表示の 手段・程度	特に問題 なし	一部、意思表示できる	身ぶり、言葉で意思を表示 できない	
	他者からの意 思伝達の理解	特に問題 なし	一部、相手の身ぶり、言葉 が理解できる	他者の身ぶり、言葉が理解 できない	
(その他支援が必要な状況)					
日 常 生 活	洗 濯	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	掃 除	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	整理・整頓	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	買 物	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
	調 理	自立	部分的な支援を要する	全面的な支援を要する	
社 会 生 活	屋外移動	特に問題 なし	慣れたところは可	常に支援が必要	
	対人関係	特に問題 なし	一部支援が必要	全面的に支援が必要	
	金銭管理	特に問題 なし	一部支援が必要	全面的に支援が必要	
	文 字	簡単な文章 の読み書き はできる	自分の名前など慣れたこと の読み書きはできる	文字の読み書きはできない	
	集 団	指示すれば 順番を待っ たり交代し たりできる	簡単なルールの集団活動に 参加できる	学校、作業所、施設、職場 の規則に従って生活できる	
	時 間	時計がわか る	時計でおおまかな時間がわ かる	わからない	
要配慮行動(ほぼ毎日あり→◎/週1、2回程度あり→○/週1回未満→△/なし→×)					
強いこだわり()、多動()、パニック()、睡眠障害()、食事・排泄に係る不適応行動()、自傷他害()					
(具体的な状況)					
単価区分共通					

氏名：様記入者：

聞き取り相手	1 本人	2 家族	3 その他()	聞き取り日	年	月	日
胎 生 期	【感染症など】						
出 生 期	第 子 在胎期間 週(月) 分娩経過(正常・鉗子分娩・帝王切開)						
	胎位(順位・骨盤位) 仮死(一・十 分) 黄疸(軽度・中等度・高度)						
	哺乳(良・不良) 出生体重 g 身長 cm 頭囲 cm						
乳 幼 児 期	てんかん(十・一) 初発 歳 ヶ月 /坐位 ヶ月 始歩 ヶ月 始語 ヶ月						
	健診での指摘(1歳6か月 /3歳)						
	友達遊び(よくできた・少しできた・できなかった)						
	遊びの特徴()						
	保育園・幼稚園() 訓練会・児童発達支援など()						
	就学時健診での指摘()						
	相談歴 【相談機関】						
	【時期】						
	学 齢 期	【学校名】 【期間】					
(普・個・特支・その他) 年 月～ 年 月(転・卒)							
(普・個・特支・その他) 年 月～ 年 月(転・卒)							
(普・個・特支・その他) 年 月～ 年 月(転・卒)							
(普・個・特支・その他) 年 月～ 年 月(転・卒)							
【施設名】 【期間】							
(種別：) 年 月～ 年 月							
(種別：) 年 月～ 年 月							
(種別：) 年 月～ 年 月							
相談歴 【相談機関】							
【時期】							

氏名： 様 年 月 日 記入者：

大島分類：		具体的内容	
呼 吸	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器（自発呼吸： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> エアウェイ・下咽頭チューブ		
姿 勢	<input type="checkbox"/> どんな姿勢でも首の座りなし <input type="checkbox"/> 寝たきりではあるが腹臥位で顔をあげる <input type="checkbox"/> 寝たきりではあるが背臥位で顔をあげる <input type="checkbox"/> 寄りかかっている座り可能 <input type="checkbox"/> 寄りかかれない座り可能 <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> ひざ立ち <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> ひとり立ち		
寝返り	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 体位交換（頻度： 状態： ）
移 動	<input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> 四つ這い移動 <input type="checkbox"/> 軸回り移動 <input type="checkbox"/> ひざ立ち移動 <input type="checkbox"/> 背這い移動 <input type="checkbox"/> ひじ這い移動 <input type="checkbox"/> 座位での移動 <input type="checkbox"/> 両手支え歩き <input type="checkbox"/> 片手支え歩き <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 不安定独歩		補装具の使用（杖 下肢装具 歩行器 車椅子 その他）
食 事	(1) 摂取方法 <input type="checkbox"/> 口の中に入れても嚥下困難 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 食道ろう <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 持続注入（カンガルーポンプ） <input type="checkbox"/> 口の中に入れれば嚥下可能 <input type="checkbox"/> 口の中に入れれば咀嚼可能 <input type="checkbox"/> 時々みてあげるとなんとか一人で食べる <input type="checkbox"/> 見守りで上手に食べる		
	(2) 介助姿勢 <input type="checkbox"/> 寝かせて <input type="checkbox"/> 上半身を起こして（ギヤッジアップ） <input type="checkbox"/> 抱きかかえて <input type="checkbox"/> 椅子に座らせて <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	(3) 食事の形態 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 軟食軟菜 <input type="checkbox"/> その他		（内容： 回数： ）
排 泄	(1) 排泄 <input type="checkbox"/> 知らせないで全介助 <input type="checkbox"/> 知らせるが全介助 <input type="checkbox"/> 時間で尿・便器をあてれば失敗なし <input type="checkbox"/> 起きている時は出れば教える <input type="checkbox"/> 眠っている時も出れば教える <input type="checkbox"/> 出る前に教える		
	(2) オムツの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（交換： 回/日）		
	(3) 便秘対応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便）		
	(4) その他 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう		
睡 眠	(1) 起床時間（ : ） (2) 就寝時間（ : ） (3) 睡眠状況（ <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良） (4) 午睡の状況（ <input type="checkbox"/> あり 時頃～ 時頃）		
清 潔	(1) 入浴 <input type="checkbox"/> 好む <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> 不明 入浴回数 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回 入浴方法 <input type="checkbox"/> 風呂 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴サービス (2) 歯磨き <input type="checkbox"/> 嫌がらない <input type="checkbox"/> 嫌がる <input type="checkbox"/> 不明		回数（ /日）
コ ミ ュ ニ ケー シ ョ ン	視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見えているようだがはっきりしない <input type="checkbox"/> 視力は弱いが見えているようだ <input type="checkbox"/> 判断不能	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえているようだがはっきりしない <input type="checkbox"/> 強い刺激音に反応あり <input type="checkbox"/> 判断不能	
	表現	<input type="checkbox"/> 二語文・単語で可能 <input type="checkbox"/> 身振り・表情等で表現 <input type="checkbox"/> 不可能	
	理解	<input type="checkbox"/> 日常会話を理解する <input type="checkbox"/> 身体的接触に反応 <input type="checkbox"/> 不明	
精 行 神 及 動 症 症 び 状 状 害	留意点等（情緒安定の方法等）		
その他	（配慮事項）		

※記入にあたって、以下を基準にし、当てはまる所に○を記入

1:自立 2:見守り 3:一部介助 4:全介助

備考

(1) 個人衛生	1	2	3	4
(2) 自室の整頓	1	2	3	4
(3) 金銭管理	1	2	3	4
(4) 洗濯	1	2	3	4
(5) 買い物	1	2	3	4
(6) 食事をとる	1	2	3	4
(7) 食事をつくる	1	2	3	4

(1)危険な行為かどうかの判断ができる	1	2	3	4
(2)火の始末ができる	1	2	3	4

(1) 定期的な通院ができる	1	2	3	4
(2) 服薬管理ができる	1	2	3	4
(3) 身体健康の管理	1	2	3	4

(1)交通機関の利用ができる	1	2	3	4
(2)金融機関の利用ができる	1	2	3	4
(3)電話の利用ができる	1	2	3	4

(1) あいさつなど最低限のつきあいができる	1	2	3	4
(2) 協調性	1	2	3	4
(3) 自発性	1	2	3	4
(4) 友人等との付き合い	1	2	3	4

(1) 自分なりの社会的役割を持つ	1	2	3	4
(2) 自由時間の過ごし方	1	2	3	4
(3) 生活リズム	1	2	3	4

A 心配事(ストレスをうけた)の相談ができる	1	2	3	4
B 悪化時の対処	1	2	3	4

A 公共の場でのマナーに配慮できる	1	2	3	4
B 自殺ないし自傷の念慮や行為がない	1	2	3	4

* 要配慮行動

A: すぐに要改善 B: 改善が必要 C: できるなら改善が必要 D: 現状維持

備考

(1)生活費など経済的な問題	A	B	C	D
(2)住まいの問題	A	B	C	D
(3)日中活動の場の問題	A	B	C	D
(4)気軽に相談できる相談相手の問題	A	B	C	D
(5)日常生活について手助けをしてくれる人の問題	A	B	C	D
(6)家族関係の問題	A	B	C	D

* その他の問題

※必要に応じて聞き取り

a.福祉サービスの利用について

b. 禁忌事項等

＜情報聴取先＞機関名:

醫師名:

記入日:

氏名: 様 年 月 日 記入者:

[illegible]

援助方針		
意 向 ・ ニ ー ズ	目 標 ・ 計 画	援 助 内 容

ウィークリー／マンスリー・プラン ☐ 省略（別添 週間計画表・居宅サービス計画書 第3表・_____参照）

	月	火	水	木	金	土	日
備 考							

次回評価・訪問時期： 年 月 日

訪問指導	対象者種別	1 非該当 2 障害者 3 対応困難・虐待等 4 サービス調整 5 保健指導必要者 6 介護者支援 7 その他 8 39歳以下
	要介護者系	1 被虐待・被虐待リスク 2 対応困難 3 事業者等の後方支援 4 直接的看護ケアの提供 5 保健・医療・福祉制度利用の情報提供・相談・調整 6 重度の認知症への支援 7 緊急対応支援 8 その他
	介護予防系	21 ひとり暮らし高齢者への支援 22 高齢世帯への支援 23 生活習慣病悪化予防のセルフケア支援 24 閉じこもり予防 25 転倒予防 26 低栄養状態予防 27 口腔衛生管理支援 28 認知症予防 29 認知症の初期対応 30 日常生活支援 31 家族関係調整支援 32 その他
	介護者系	41 高齢介護者 42 健康管理の支援 43 精神面の支援 44 介護の代替者なし・サービス利用上の支障あり 45 家族・近隣・社会関係の調整支援 46 要介護者との関係性の調整支援 47 その他

(第1号様式-5) ☐新規申請 ☐支給期間終了に伴う新規申請 ☐（支給量変更・サービス追加）に伴う変更申請
(適用年月日 ・ ・ ～)

氏名: _____ 様 (歳)
起案日 年 月 日

記入者: _____ 確認者: _____

障害支援区分		児童 なし 非該当 1 2 3 4 5 6						行動援護得点		点	認定期間	・ ・ ～ ・ ・		
新規	サービス等利用計画案	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 <input type="checkbox"/> セルフプラン) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 (サービス利用票・)										提出日	年 月 日	
	モニタリング提出	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 変更プラン提出有) <input type="checkbox"/> 無										提出日	年 月 日	
変更	変更時の利用意向内容	<input type="checkbox"/> サービスを追加したい <input type="checkbox"/> 支給量を変更したい (具体的な状況)												
		<input type="checkbox"/> その他												
		把握方法	<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所等 <input type="checkbox"/> その他()							把握日	年 月 日			
勘案内容	<input type="checkbox"/> 心身の状況・介護者関連・地域生活支援関連・居住関連は(年 月 日) 調査のとおり <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況)													
	入院の必要性: 有・無 → 診断書による確認・主治医等医療機関への問い合わせによる確認・その他 ()													
介護保険	資格: 無・有 申請: 無・有 (1号・2号・介護扶助・非該当) 要介護度() サービス利用: 有・無 / → 有 の場合: ヘルパー・デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与・その他 ()													
要否判断	<input type="checkbox"/> 上記により、サービスの必要性を認めることができる <input type="checkbox"/> 下記により、サービスの必要性を認めることができない										暫定支給決定			
											<input type="checkbox"/> 暫定支給決定書類確認(年 月 日) <input type="checkbox"/> サービスの継続を認める。 <input type="checkbox"/> サービスの継続を認めることができない。			
支給量算出	<input type="checkbox"/> 前回決定時と同じ													
上限管理		非該当・該当(要・不要)						上限管理事業所名						
きょうだい児上限管理		非該当・該当(要・不要)						対象児				上限管理事業所名		

<備考> 生活保護(担当者名: _____)
相談支援専門員・ケアマネジャー(事業所名: _____ 担当者名: _____)

ウィークリー／マンスリープラン ☐ 省略 (別添 週間計画表・居宅サービス計画書第1表～第3表・援助計画(1-4)・ _____ 参照)

	月	火	水	木	金	土	日・祝日

※年齢注意！18・20・40・50・60・65歳

			支給量	期間	加算等
介護給付	居宅介護	【身体介護】 区分1以上（児童は不要）	時間／月 基準時間 時間／週 〔1回あたり 時間〕 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
		【家事援助】 区分1以上（児童は不要）	時間／月 基準時間 時間／週 〔1回あたり 時間〕 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
		【通院等介助】 区分1以上（児童は不要）	身体介護を □ 伴う □ 伴わない 時間／月 〔1回あたり 時間〕 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
		【通院等乗降介助】 区分1以上（児童は不要）	回／月 二人派遣（無 ・ 有 →内 回／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
		重度訪問介護 区分4以上	時間／月 基準時間 時間／週 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	移動中介護加算（無 ・ 有 →内 時間／月） 加算＜なし・8.5%（区分6）・15%（著しく重度の身障）＞
	同行援護 アセスメント票該当	<input type="checkbox"/> 盲ろう者 <input type="checkbox"/> 基本	時間／月 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	行動援護 区分3以上 判定基準表10点以上	時間／月 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
	重度障害者等包括支援 区分6	時間／月 支給量は平均報酬単位 グループホーム利用（有・無） 二人派遣（有・無）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
	施設入所支援 （基本・訓練・経過措置）	日／月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	重度障害者支援加算 身障（該当 ・ 非該当） 重度障害者支援加算 身障重度（該当 ・ 非該当） 重度障害者支援加算Ⅱ（該当 ・ 非該当） 重度障害者支援加算Ⅲ（該当 ・ 非該当） 重度加算（18点以上）（該当 ・ 非該当） 地域生活移行個別支援特別加算（該当 ・ 非該当）	
	療養介護 （基本・児童移行）	日／月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
	短期入所 （基本・療養・遷延性・重心・医ケア児）	日／月 児童単価区分（1・2・3・重心・医ケア児）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	重度障害者支援加算Ⅰ対象者（該当 ・ 非該当） 重度障害者支援加算Ⅱ対象者（該当 ・ 非該当） 重度加算（18点以上）（該当 ・ 非該当） 医療連携体制加算（医ケア）対象者（該当 ・ 非該当） 横浜市単独加算医療的ケア加算（該当 ・ 非該当） 地域生活支援拠点等加算（医ケア等）（該当 ・ 非該当）	
	生活介護 （基本・経過措置）	原則日数 ・ 日／月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	重度障害者支援加算Ⅱ（該当 ・ 非該当） 重度障害者支援加算Ⅲ（該当 ・ 非該当） 重度加算（18点以上）（該当 ・ 非該当）	
	訓練等給付	自立訓練 （機能訓練・生活訓練）	原則日数 ・ 日／月 暫定支給決定期間（ 標準利用期間（ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	社会生活支援特別加算（該当 ・ 非該当） 特別地域加算（有 ・ 無）
		宿泊型自立訓練	日／月 暫定支給決定期間（ 標準利用期間（ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	地域生活移行個別支援特別加算（該当 ・ 非該当） 精神障害者地域移行特別加算（該当 ・ 非該当） 強度行動障害者地域移行特別加算（該当 ・ 非該当）
就労移行支援 （基本・養成型）		原則日数 ・ 日／月 更生訓練費（該当・非該当） 暫定支給決定期間（ 標準利用期間（ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	在宅時生活支援サービス加算（該当 ・ 非該当） 社会生活支援特別加算（該当 ・ 非該当）	
就労継続支援 （A型・B型）		原則日数 ・ 日／月 暫定支給決定期間（ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	在宅時生活支援サービス加算（該当 ・ 非該当） 社会生活支援特別加算（該当 ・ 非該当）	
就労定着支援		標準利用期間（ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	特別地域加算（有 ・ 無）	
共同生活援助 （基本・居宅介護利用者・退居後定着）		日／月 居宅介護・重度訪問介護利用：有 ・ 無 特定障害者特別給付費：該当 ・ 非該当 体験利用：有 ・ 無 → GH類型：包括型 ・ 日中型 ・ 外部型 体験期間： ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ サテライト型住居利用（有 →サテライト型入居日： 年 月 日） 移行支援住居利用（有 →移行支援住居入居日： 年 月 日）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	重度障害者支援加算（該当 ・ 非該当） 強度行動障害者重度支援加算（該当 ・ 非該当） 重度障害者支援加算（18点以上）（該当 ・ 非該当） 強度行動障害者体験利用加算（該当 ・ 非該当） 強度行動障害者地域移行特別加算（該当 ・ 非該当） 地域生活移行個別支援特別加算（該当 ・ 非該当） 精神障害者地域移行特別加算（該当 ・ 非該当） 医療的ケア対応支援加算（該当 ・ 非該当）	
自立生活援助 （退所後1年未満・退所後1年以上その他）		・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	特別地域加算（有 ・ 無）	
地域生活支援事業	移動支援 通学通所	【移動介護】	時間／月 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
		【通学通所】	時間／月 二人派遣（無 ・ 有 →内 時間／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	自立支援加算 支給期間最大6か月 （ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ）
		【乗降介助】	回／月 二人派遣（無 ・ 有 →内 回／月）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	
	地域活動支援センター（デイ型）	日／月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
	日中一時支援	日／月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
	入浴サービス （訪問・施設）	日／月 <input type="checkbox"/> 意見書確認済	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・		
地域相談支援給付	計画相談支援給付	計画相談支援	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	特別地域加算（有 ・ 無）
	障害児相談支援給付	障害児相談支援	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	特別地域加算（有 ・ 無）
	地域相談支援給付	地域移行支援	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	特別地域加算（有 ・ 無）
		地域定着支援	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	特別地域加算（有 ・ 無）
障害児通所支援	児童発達支援 （基本・重心）	日／月 医療的ケア区分（無 ・ 区分1 ・ 区分2 ・ 区分3）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	人工内耳装用児支援加算（該当 ・ 非該当） 視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算（該当 ・ 非該当） 強度行動障害児支援加算（該当 ・ 非該当） 個別サポート加算Ⅰ（該当 ・ 非該当）	
	放課後等デイサービス （基本・重心）	日／月 医療的ケア区分（無 ・ 区分1 ・ 区分2 ・ 区分3）	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	人工内耳装用児支援加算（該当 ・ 非該当） 視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算（該当 ・ 非該当） 強度行動障害児支援加算Ⅰ（該当 ・ 非該当） 強度行動障害児支援加算Ⅱ（該当 ・ 非該当） 個別サポート加算Ⅰ（該当 ・ 非該当） 個別サポート加算Ⅰ（重度）（該当 ・ 非該当）	
	居宅訪問型児童発達支援	日／月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	強度行動障害児支援加算（該当 ・ 非該当）	
	保育所等訪問支援	日／月	・ ・ ・ ~ ・ ・ ・	強度行動障害児支援加算（該当 ・ 非該当） ケアニーズ対応加算（該当 ・ 非該当）	

(第2号様式①)

課 長	係 長	SW	PHN	MSW	NS		作成日:	年	月	日
							訪問日:	年	月	日
							作成者:			

氏 名	(様 歳)	把握方法	1 電話	2 訪問	3 その他
		相 手	1 本人	2 家族()	3 その他()

訪問目的		ADL/IADL	1 支障なし
		2 支障ないが困難	3 支障あり

主 訴 な ど		A D L	移 動	1	2	3	
			排 泄	1	2	3	
			食 事	1	2	3	
			清 潔	1	2	3	
		I A D L	調 理	1	2	3	
			買 物	1	2	3	
			掃 除	1	2	3	
			洗 濯	1	2	3	
				金銭管理	1	2	3

状 況 な ど					
---------------	--	--	--	--	--

ア セ ス メ ン ト					
----------------------------	--	--	--	--	--

援 助 内 容					
------------------	--	--	--	--	--

計 画					
--------	--	--	--	--	--

次回評価・訪問時期: 年 月 日

判 定	日常生活自立度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
	認知症高齢者日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ・ その他				
	介 護 保 険	認定 (非該当、要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 申請中 未申請 / 事業対象者				

訪 問 指 導 処 理 欄	対象者種別	1 非該当 2 障害者 3 対応困難・虐待等 4 サービス調整 5 保健指導必要者 6 介護者支援 7 その他 8 39歳以下				
	要介護者系		介護予防系		介護者系	
	(初回記録の処理欄から番号を選び記載)					
	削 除	年 月 日 1 死亡 2 市外転出 3 市内転出 4 長期入院・入所 5 訪問拒否 6 対象外 7 介護保険移行 8 他係・担当への引継 9 その他 10 不明				

[illegible]

(第2号様式② 継続記録票)

様

[illegible]

(第2号様式② 継続記録票)

様

[illegible]