

# 住宅改修が必要な理由書 P1

## <基本情報>

|     |        |  |                 |           |      |                |       |    |                                                       |
|-----|--------|--|-----------------|-----------|------|----------------|-------|----|-------------------------------------------------------|
| 利用者 | 被保険者番号 |  | 年齢              | 歳         | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和 | 年 月 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|     | 被保険者氏名 |  | 要介護認定<br>(該当に○) | 要支援       | 要介護  |                |       |    |                                                       |
|     |        |  | 1・2             | 1・2・3・4・5 |      |                |       |    |                                                       |
|     | 住所     |  |                 |           |      |                |       |    |                                                       |

|     |       |                                       |     |       |
|-----|-------|---------------------------------------|-----|-------|
| 作成者 | 現地確認日 | 年 月 日                                 | 作成日 | 年 月 日 |
|     | 所属事務所 |                                       |     |       |
|     | 事業所番号 | 事業所番号に誤りが見受けられますのでご注意ください。            |     |       |
|     | 氏名    | 介護支援専門員であることを確認するため介護支援専門員番号もご記入ください。 |     |       |
|     | 連絡先   | 介護支援専門員番号( )                          |     |       |

|     |     |       |     |  |
|-----|-----|-------|-----|--|
| 保険者 | 確認日 | 年 月 日 | 評価欄 |  |
|     | 氏名  |       |     |  |

|                   |                                                   |
|-------------------|---------------------------------------------------|
| 家屋形態              | 1. 戸建(持家) 2. 戸建(借家) 3. 集合(持家) 4. 集合(民賃) 5. 集合(公賃) |
| 改修経歴<br>(公費によるもの) | なし    あり    年 月 ( )                               |

## <総合的状況>

| 利用者の身体状況                         | たとえば、移動や立ち上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況を記述する。<br>屋内及び屋外での移動方法<br>(自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用など)を記述する。 | 福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|---------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|--|------|--|--|------|--|--|------|--|--|------|--|--|------|--|--|------|--|--|------|--|--|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|------|--------------------------|--------------------------|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|
| 介護状況<br>(主な介護者含む)                | 家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記述する。                                                                    |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| 住宅改修により、<br>利用者は<br>日常生活をどう変えたいか | 住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、A D L、社会参加など、日常生活をどう変えたいと思っているのか(特に何を希望しているのか)また、その効果を記述する。            | <div> <div> <div>改修前と改修後<br/>想定される福祉<br/>用具の利用状況<br/>を確認する。</div> </div> </div> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>改修前</th> <th>改修後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●車いす<br/>(車いすは風呂を含ま)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(特殊寝)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●床ずれ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●体位変</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●手すり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●スロー</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●歩行器</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●歩行補</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●認知症</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●移動用リフト<br/>(つり具の部分を除く)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●腰掛便座</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●特殊尿器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●入浴補助用具</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●簡易浴槽</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●移動用リフトのつり具部分</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●その他</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |  | 改修前 | 改修後 | ●車いす<br>(車いすは風呂を含ま) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (特殊寝) |  |  | ●床ずれ |  |  | ●体位変 |  |  | ●手すり |  |  | ●スロー |  |  | ●歩行器 |  |  | ●歩行補 |  |  | ●認知症 |  |  | ●移動用リフト<br>(つり具の部分を除く) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●腰掛便座 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●特殊尿器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●入浴補助用具 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●簡易浴槽 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●移動用リフトのつり具部分 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●その他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ( ) |  |  | ( ) |  |  | ( ) |  |  |
|                                  | 改修前                                                                                         | 改修後                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●車いす<br>(車いすは風呂を含ま)              | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| (特殊寝)                            |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●床ずれ                             |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●体位変                             |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●手すり                             |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●スロー                             |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●歩行器                             |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●歩行補                             |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●認知症                             |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●移動用リフト<br>(つり具の部分を除く)           | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●腰掛便座                            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●特殊尿器                            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●入浴補助用具                          | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●簡易浴槽                            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●移動用リフトのつり具部分                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ●その他                             | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ( )                              |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ( )                              |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |
| ( )                              |                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |     |                     |                          |                          |       |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |      |  |  |                        |                          |                          |       |                          |                          |       |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |               |                          |                          |      |                          |                          |     |  |  |     |  |  |     |  |  |

## 住宅改修が必要な理由書 P2

＜P1の「住宅改修により、日常生活をどう変えたいか」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的困難な状況③改修目的・期待効果をチェックした上で、改修のコメント(…すること…で…が改善できる)を記入してください。＞

| 活動     | ①改善しようとしている生活動作                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ②①の具体的な困難な状況(…なので…で困っている)を記入してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ③改修目的・期待効果をチェックした上で、改修のコメント(…すること…で…が改善できる)を記入してください。                                                                                                                                                                                       | ④改修項目(改修箇所)                                                                                                                                                                                        |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 排泄     | <input type="checkbox"/> トイレまでの移動<br><input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入<br><small>(扉の開閉含む)</small><br><input type="checkbox"/> 便器への着座・車いす等からの移乗<br><input type="checkbox"/> 衣類の着脱<br><input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢                                                                            | <p>生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記述する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護案の検討の際は全ての行為についてチェックが必要だが、理由書では改善しようとする行為に限定したコメントでよい。</li> <li>・生活のどの場面、どの動作が利用者・介護者にとって大変なのか、動作の流れに沿って一つずつ見極めること。寝たきりならば「座位が保てるか」、歩行ができれば「段差を超えられるか」などについても記入する。</li> <li>・①のレ点評価と②のコメントの両方を合わせて利用者の状況が伝わるようにする。</li> <li>・移動について各行為(排泄・入浴・外出)に共通する内容は、たとえば「排泄」の欄のみに記入し、各行為の欄に重複して記入する必要はない。</li> </ul> | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 手すりの設置<br>( )<br>( )<br>( )<br><input type="checkbox"/> 様々な角度から検討し、決定された改修内容の項目をチェックし、詳細な内容を記述する。<br><input type="checkbox"/> 改修箇所は場所だけではなく「手すり」なら、「便器横壁面」等その取り付け位置も記述する。 |
| 外出     | <input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動<br><input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降<br><input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱<br><input type="checkbox"/> 履物の着脱<br><input type="checkbox"/> 出入口の出入<br><small>(扉の開閉含む)</small><br><input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <p>生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記述する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護案の検討の際は全ての行為についてチェックが必要だが、理由書では改善しようとする行為に限定したコメントでよい。</li> <li>・生活のどの場面、どの動作が利用者・介護者にとって大変なのか、動作の流れに沿って一つずつ見極めること。寝たきりならば「座位が保てるか」、歩行ができれば「段差を超えられるか」などについても記入する。</li> <li>・①のレ点評価と②のコメントの両方を合わせて利用者の状況が伝わるようにする。</li> <li>・移動について各行為(排泄・入浴・外出)に共通する内容は、たとえば「排泄」の欄のみに記入し、各行為の欄に重複して記入する必要はない。</li> </ul> | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 便器の取替え<br>( )<br>( )<br><input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更<br>( )<br>( )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( )<br>( )<br>( )                                        |
| その他の活動 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記述する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護案の検討の際は全ての行為についてチェックが必要だが、理由書では改善しようとする行為に限定したコメントでよい。</li> <li>・生活のどの場面、どの動作が利用者・介護者にとって大変なのか、動作の流れに沿って一つずつ見極めること。寝たきりならば「座位が保てるか」、歩行ができれば「段差を超えられるか」などについても記入する。</li> <li>・①のレ点評価と②のコメントの両方を合わせて利用者の状況が伝わるようにする。</li> <li>・移動について各行為(排泄・入浴・外出)に共通する内容は、たとえば「排泄」の欄のみに記入し、各行為の欄に重複して記入する必要はない。</li> </ul> | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 手すりの設置<br>( )<br>( )<br>( )<br><input type="checkbox"/> 様々な角度から検討し、決定された改修内容の項目をチェックし、詳細な内容を記述する。<br><input type="checkbox"/> 改修箇所は場所だけではなく「手すり」なら、「便器横壁面」等その取り付け位置も記述する。 |