

住宅改修理由書 第一表 総合アセスメント 記入例

(宛先) さいたま市長
住宅改修が必要であることを認めます。

1

利用者	被保険者氏名	さいたま 太郎			被保険者番号								
	生年月日(年齢)	明・大・昭	年	月	日	歳	世帯状況 <input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input checked="" type="checkbox"/> =本人(二重) <input checked="" type="checkbox"/> =死亡 <input checked="" type="checkbox"/> =キーパーソン 主介護者「主」 副介護者「副」 同居家族は○で囲む	家族関係の状況					
	要介護状態区分等 (該当に○)	要支援	要介護					■=◎ □-○主	夫は5年前に病死。 長女は結婚し、市外に居住している。 長女が主介護者であるが、利用者宅に訪問するのは週に2日が限度。				
	認定有効期間	年 月 日 から				年 月 日 まで							

1 住宅改修を必要としている被保険者の情報をご記入いただく欄です
被保険者の被保険者証を確認し、ご記入ください。
家族関係の状況については、生存死亡、同居別居を含めてご記入ください。

2

理由書作成者	現地確認日	年 月 日			理由書作成日	年 月 日				
	氏名				登録番号	第 号				
	所属事業所				その他の資格					
	連絡先	〒 -			事業所番号					

電話番号 ()

2 理由書作成者の情報をご記入いただく欄です
指定居宅介護支援事業所に属する介護支援専門員(ケアマネジャー)が理由書を作成した場合は、各都道府県知事が発行する介護支援専門員証に記載の登録番号を「登録番号欄」にご記入ください。
※ ケアマネジャー及び地域包括支援センター職員以外(作業療法士・理学療法士・福祉住環境コーディネータ2級以上の有資格者)が理由書を作成した場合、「その他欄」資格名称をご記入ください。また、介護保険居宅介護(予防介護)住宅改修費の支給申請(事前確認)の際に、有資格者であることがわかる証明書も必要になりますので、ご注意ください。詳しくは各区役所高齢介護課まで。
事業所番号は、理由書作成者が指定居宅介護支援事業者もしくは地域包括支援センターに所属している場合にご記入ください。

3

在宅サービス利用状況				福祉用具貸与			
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (月 12回)	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (月 8回)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月 回)	<input type="checkbox"/> 通所入浴 (月 回)	<input type="checkbox"/> 車いす	<input checked="" type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> スロープ
住宅改修に関する相談を受けた時から、過去3ヶ月の平均回数等				住宅改修に関する相談を受けた時点において利用している品目			
住宅改修(過去) 改修日 年 月 日				特定福祉用具購入			
<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 過去に介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給対象となった改修内容				<input checked="" type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理 住宅改修に関する相談を受けた時から、過去6ヶ月の間に購入した品目			

3 在宅サービスの利用状況をご記入いただく欄です
 ■ 在宅サービス 住宅改修に関する相談を受けた時から、過去3ヶ月の平均回数等
 ■ 福祉用具貸与 住宅改修に関する相談を受けた時点において利用している品目
 ■ 特定福祉用具購入 住宅改修に関する相談を受けた時から、過去6ヶ月の間に購入した品目
 ■ 住宅改修 過去に介護保険居宅介護(支援)住宅改修費の支給対象となった改修内容

4

心身の状況及び日常生活動作の状況										
歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		
立位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	日常生活	<input type="checkbox"/> よく動く	<input checked="" type="checkbox"/> 座っていることが多い	<input type="checkbox"/> 横になっていることが多い		
生活の不活発化の原因	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			外出頻度	<input type="checkbox"/> 週一回以上	<input checked="" type="checkbox"/> 月一回以上	<input type="checkbox"/> 月一回未満			
日常生活の自立度	障害高齢者	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	認知症高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
特記事項	歩行・立ち上がり・日常生活に見守り等が必要である場合、尿意・便意に介護の必要性が突出すると判断できる場合、食事摂取の時間について特記すべき事項がある場合、一般浴槽の出入り・衣類着脱において能力を勘案した場合の判断理由、生活の不活発化に強い影響を与えているような変化もしくは不活発化の原因などをご記入ください。									

4 心身の状況及び日常生活動作の状況をご記入いただく欄です
 ●日常生活の自立度(障害高齢者・認知症高齢者)は下表の判定基準をご参考ください。

障害高齢者		認知症高齢者	
J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。	I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
-1	交通機関等を利用して外出する。	II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
-2	隣近所へなら外出する。	-a	家庭外で、上記IIの状態が見られる。
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。	-b	家庭内でも、上記IIの状態が見られる。
-1	介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。	III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
-2	外出の頻度が少なく、日中も寝たきり生活をしている。	-a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。	-b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
-1	車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。	IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
-2	介助により車いすに移乗する。	M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。		
-1	自力で寝返りをうつ。		
-2	自力では寝返りも出来ない。		

特記事項の補足説明
移乗・立位保持・洗身・排尿(便)後の後始末・外出の頻度も、移動、入浴や排泄などの日常生活状況に密接に関係する項目ですので、住宅改修の必要性がより明確になるのであれば状況等をご記入ください。

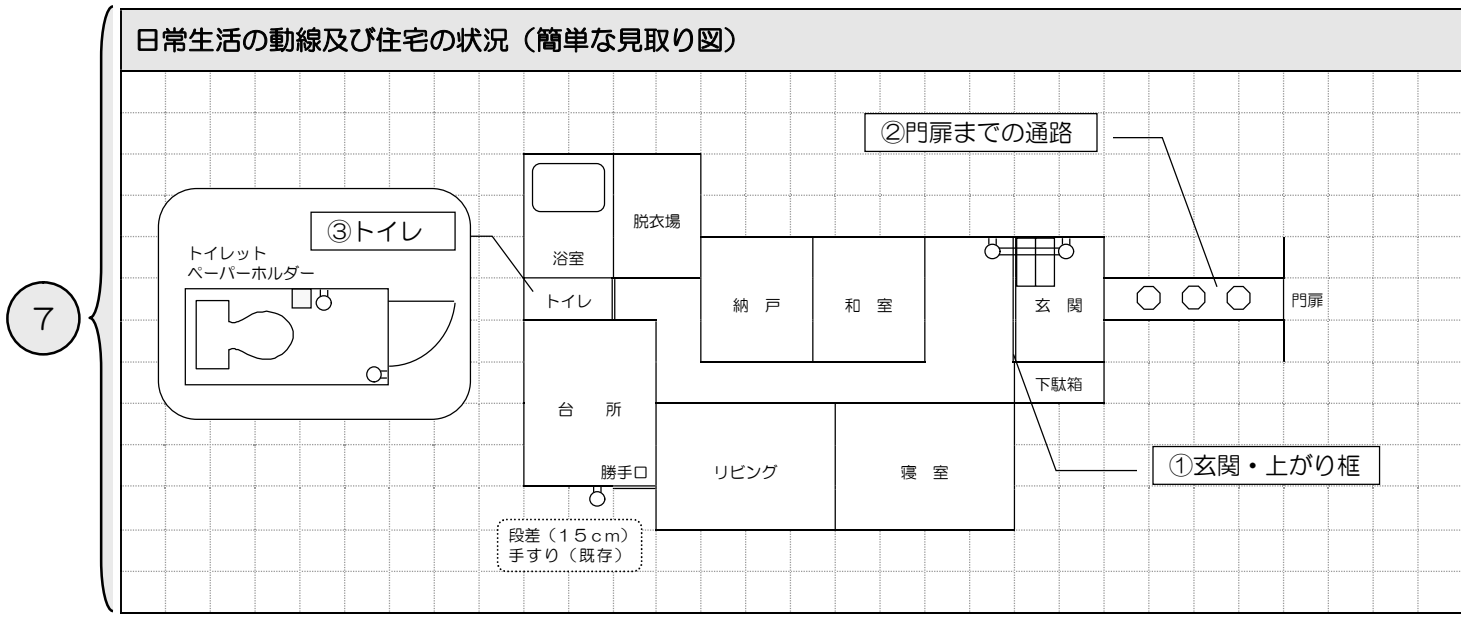
5

傷病及び症状	脳血管障害による左の上下肢麻痺・慢性関節リウマチにより両下肢が不自由 など
生活状況	朝6時には起床。寝室からテレビのある部屋(リビング)へ自力で移動するが、リビングにあるソファに座る。そのままそのソファで、寝たり起きたりを繰り返し、ほぼ1日を過ごす。簡易な食事は自分で作る。自宅での入浴はせずに、デイサービスで済ませている。
介護状況	長女が主介護者であるが、市外で生活しているため、利用者宅への訪問は週に2日が限度。訪問時には食事を作ったり、掃除をしている。利用者は定期的に通院しているため、長女が車で連れて行く。

5 介護の必要な原因となる傷病及び症状、生活・介護状態をご記入いただく欄です
 ■ 傷病及び症状 生活動作に困難が生じていると考えられる傷病(過去の傷病含む。)をご記入ください。
 ■ 生活状態 一日の生活の内容や過ごし方、また動線の状況などについてご記入ください。
 ■ 介護状態 家族や他のサービスの利用に伴う介護の状況についてご記入ください。

住宅改修理由書 第二表 住宅改修理由書兼工事指示書 記入例

6	被保険者氏名	さいたま 太郎	被保険者番号																	
	住宅の所在地	〒 330 - 5837 さいたま市浦和区常盤〇-〇-〇																		



8

生活動作が困難となる場所とその具体的な状況（問題点）

①玄関・上がり框	上がり框に約45cmの段差がある。昇降は上がり框に腰掛けて行う。特に玄関から上がる際に上がり框に腰掛けるため立ち上がりができれば歩行が可能であるが、玄関から上がった後に立ち上がりのために捕まる場所がないので、居室までは、這って移動している。（介助者がいる場合は、介助者に抱き抱えられて立ち上がる。）	
改修項目	他のサービスも含めて検討した具体的な内容	改修内容と期待する効果
<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え	上がり框に立ち上がり用の手すりの設置を検討したが、勝手口の15cmの段差は既存の手すりによって出入りが可能であるため、玄関も同様の対応で可能となり得る。	上がり框に手すりと踏み台を設置することにより、這って移動・介助者に抱き抱えられて立ち上がることがなくなり、自ら上がり框の昇降を行い、外出頻度を増やす。

8

生活動作が困難となる場所とその具体的な状況（問題点）

②門扉までの通路	玄関から門扉までの通路は土であり、飛び石が埋め込まれている。デイサービス利用時において、デイサービスのスタッフ等が玄関から門扉までの介助を行っている。利用者は杖歩行であるため、外出時に飛び石につまずくことや、杖がひっかかるが多い。また、通路面が土であるため天候などによる影響を受けやすく、雨の後は特に滑りやすい。	
改修項目	他のサービスも含めて検討した具体的な内容	改修内容と期待する効果
<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 <input checked="" type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え	訪問リハで歩行訓練を行っている。利用者は外出の意欲が強く、近くのスーパーへの買物や散歩もリハビリと考えられているため、訪問リハによる訓練と散歩等を併用する。	飛び石をはずし段差の解消をする。また、土をコンクリートに変え、移動の円滑化を目指す。利用者は、外出の意欲があるので、安心して外出できるように補う。

8

生活動作が困難となる場所とその具体的な状況（問題点）

③トイレ	トイレの出入口に5センチの段差があり扉枠につかまって越えるため不安定である。トイレ内では介助者の肩や介助者が不在の場合は扉のドアノブなどにつかまって衣類の着脱を行っている。腰掛け、立ち上がりは自らの膝とトイレットペーパーホルダーにつかまり行っている。排泄中の座位保持に見守りが必要である。	
改修項目	他のサービスも含めて検討した具体的な内容	改修内容と期待する効果
<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え	便座に腰掛けた際の座位保持は、福祉用具貸与(レンタル)の手すりによって補う。夜間はポータブルトイレを使用している。	ドアノブ付近の扉枠に手すりを設置し、出入り及び衣類の着脱(立位保持)を可能にする。立ち上がり等の補助にペーパーホルダー付近へ手すりを設置する。

6 住宅改修を行う住宅の所在地などをご記入いただく欄です

支給対象となる住宅は、利用者が現に居住する住宅（被保険者証に記載されている住所地）です。

7 日常生活の動線及び住宅の状況をご記入いただく欄です

日常生活の動線を理解し、日常生活の障害となっている住宅の箇所を簡単な見取り図を用い、ご記入ください。

次項において「生活動作が困難となる場所とその具体的な状況」をご記入いただきますので、住宅のどこにどのような問題（障害）があり、改修の必要性や優先順位が明確になるように作成してください。

※ 施工業者に工事の依頼をする際に、この理由書が工事指示書となるよう工事箇所および位置、形状等を明確にする必要があります。

8 具体的な問題・検討内容・改修内容・改修後の変化をご記入いただく欄です

理由書第一表のアセスメント及び第二表第7項の現状から、真に必要な住宅改修が明確になるように作成します。この項目では、3箇所の改修について記入ができます。ご記入は複数枚になっても構いません。

- 生活動作が困難となる場所とその具体的な状況（問題点）
第4項（心身の状況及び日常生活動作の状況）・第5項（現病歴・生活状態・介護状態）のアセスメント、及び第7項（日常生活の動線及び住宅の状況）の現状をふまえて、利用者の身体状態による困難な生活動作とその場所について、具体的にご記入ください。

- 改修項目
「生活動作が困難となる場所とその具体的な状況（問題点）」及び「他のサービスも含めて検討した具体的な内容」をふまえ、どの改修項目が適切であるかをご記入下さい。

- 他のサービスも含めて検討した具体的な内容
第3項（在宅サービス利用状況等）のアセスメント、他の在宅サービスの利用、福祉用具の導入や過去に行った住宅改修の効果、介護保険対象外のサービスの導入等、利用者の日常生活の問題を多面的に検討し、経緯などをご記入ください

- 改修内容と改修後の変化
「改修項目」で明確にした内容を具体的にご記入ください。第7項（日常生活の動線及び住宅の状況）の見取り図に対して、工事位置や導入する用具の形状等を明確にし、それらの工事を行うことによって、利用者の生活をどのように変えたいのか、また、どのように変わるのか、などをご記入ください。