

介護保険要介護認定調査聞きとりメモ①(本人確認用)

被保険者氏名:

【調査の可否について】 ⇒ 立会い者を含め確認

直近1週間にご本人の体調不良はありませんか。 * 熱発・風邪等の体調不良 * 転倒等のケガ * 救急搬送 等

----- **【本人確認が必須の項目】** -----

<p>(1-1)麻痺等の有無<有無> *座位・仰臥位</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損など)</p> <p>*筋力低下(上肢・下肢) *感覚麻痺 *握力低下(右・左) *不随意運動 *腰痛・膝痛 *装具・義手・義足</p>
<p>(1-2)拘縮の有無<有無> *座位・仰臥位</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節(屈曲90度・外転25cm) <input type="checkbox"/> 膝関節(屈曲90度・伸展まっすぐ) <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損など)</p> <p>*他動確認 肩(右・左) 股(右・左) 膝(右・左)</p>
<p>(1-3)寝返り<能力> *ベッド・布団</p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない</p> <p style="text-align: center;">*体位交換(有・無)</p>
<p>(1-4)起き上がり<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない</p> <p>*ギャッジアップ(常時・起き上がり時・使用なし)</p>
<p>(1-5)座位保持<能力> 10分間程度</p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない</p> <p>*イス・車イス・ベッド端座位・ベッド上ギャッジアップ(角度:)</p>
<p>(1-6)両足立位<能力> 10秒間程度</p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない</p>
<p>(1-7)歩行<能力> 立ち止らず5m(リハビリは含まない)</p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない</p> <p style="text-align: center;">*伝い歩き・杖・歩行器・他 *車いす・他</p>
<p>(1-8)立ち上がり<能力> いす等座位から</p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない</p>
<p>(1-9)片足立位<能力> 1秒間程度 *階段や段差・浴槽の跨ぎも確認</p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない</p>
<p>(1-12)視力<能力></p> <p><input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mで見える <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能</p> <p>*視力確認表(裸眼・眼鏡) *小さな字(裸眼・眼鏡・ルーペ)</p>
<p>(1-13)聴力<能力></p> <p><input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能</p> <p>*補聴器(右・左・無)</p>
<p>(3-1)意志の伝達<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> とときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない</p>
<p>(3-2)毎日の日課<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない *起床・就寝・食事時間の確認等</p>
<p>(3-3)生年月日・年齢<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない *生年月日: *年齢:</p>
<p>(3-4)短期記憶<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない *直前の記憶: *3品確認:</p>
<p>(3-5)自分の名前<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p>
<p>(3-6)季節の理解<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない *春・夏・秋・冬 *月:</p>
<p>(3-7)場所の理解<能力></p> <p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない *自宅・病院・施設</p>

介護保険要介護認定調査聞きとりメモ②(立会い者など本人以外でも可能)

----- 【立会い者への確認でも可能な項目】 -----

(1-10)洗身<介助の方法>

介助されていない 一部介助 全介助 行っていない(清拭 回/週)

*自宅・通所・施設・病院 回/週(シャワー・浴槽・器械) *自宅・通所・施設・病院 回/週(シャワー・浴槽・器械)

(1-11)つめ切り<介助の方法>

介助されていない 一部介助 全介助

*介助あり 手(右・左) 足(右・左)

(2-1)移乗<介助の方法>

介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

*車イス・便座・トイレ・シャワーチェア・他 *体位交換(有・無)

(2-2)移動<介助の方法> *用具・移動場所・頻度

介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

*屋内(独歩・這う・伝い歩き・杖・歩行器・車イス自操・車イス介助) ⇒ 行く先・頻度(トイレ 回・食堂 回・浴室 回・洗面所 回・他 回)

*屋外(独歩・伝い歩き・杖・歩行器・車イス自操・車イス介助) ⇒ 行く先・頻度(通所 回・通院 回・買物 回・他 回)

(2-3)えん下<能力>

できる 見守り等 できない(経管栄養・胃ろう・中心静脈栄養(IVH))

*場所() *指示声かけ(有・無)

*道具(箸・スプーン・フォーク・自助具) *皿の置換え(有・無)

(2-4)食事摂取<介助の方法>

介助されていない 見守り等 一部介助

*形態(普通・軟飯・粥・一口大・刻み・ミキサー・他)

*水分トロミ(有・無)

全介助(経管栄養・胃ろう・中心静脈栄養(IVH))

(2-5)排尿<介助の方法>

介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

*行為(スポンジ上げ下げ・拭き取り・水洗・後始末・パット等の交換)

*指示声かけ(有・無)

*尿意(有・無) *下着(布・紙パンツ・パット・オムツ・尿瓶・カテーテル)

*場所(トイレ・トイレ・パット) *頻度(日中 回、夜間 回) *失禁(有・無)

(2-6)排便<介助の方法>

介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

*便意(有・無) *下着(布・紙パンツ・パット・オムツ・ストーマ) *下剤内服(有・無)

*場所(トイレ・トイレ・パット) *頻度(回/ 日・週) *失便(有・無)

(2-7)口腔清潔<介助の方法>

介助されていない 一部介助 全介助 *義歯(上:総・部分、下:総・部分)

*場所() *行為(準備・歯磨き・義歯つけ外し・義歯洗浄・うがい) *指示声かけ(有・無) *頻度(朝・昼・晩)

(2-8)洗顔<介助の方法>

介助されていない 一部介助 全介助

*場所() *行為(タオル準備・蛇口・洗顔・タオルで拭く・衣類の濡れ確認) *指示声かけ(有・無) *代替行為(有・無)

(2-9)整髪<介助の方法>

介助されていない 一部介助 全介助

*場所() *行為(ブラシ準備・整髪料準備・髪をとかす・ブラッシング) *指示声かけ(有・無) *代替行為(有・無)

(2-10)上衣の着脱<介助の方法>

介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

*衣類の選択・準備(本人・家族・施設職員等・他)

*手渡し(一枚ずつ・まとめて) *協力動作(上衣・ズボン等)

(2-11)ズボン等の着脱<介助の方法>

介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

*指示声かけ(有・無) *(朝・晩・入浴時・他)

(2-12)外出頻度<有無> 30分以上の外出

週1回以上 月1回以上 月1回未満

*通所(回/週・月) *通院(回/週・月) *買物(回/週・月) *他(回/週・月)

(3-8)徘徊<有無>

ない ときどきある ある

(3-9)外出すると戻れない<有無>

ない ときどきある ある *入院・入所⇒自室の理解(有・無)

介護保険要介護認定調査聞きとりメモ②(立会い者など本人以外でも可能)

(4-1)被害的(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-2)作話(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-3)感情が不安定(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-4)昼夜逆転(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-5)同じ話しをする(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-6)大声を出す(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-7)介護に抵抗(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-8)落ち着きがない(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-9)一人で出たがる(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-10)収集癖(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-11)物や衣類を壊す(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-12)ひどい物忘れ(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-13)独り言や独り笑い(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-14)自分勝手に行動する(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
(4-15)話がまとまらない(有無)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある

(5-1)薬の内服(介助の方法)
介助されていない 一部介助 全介助(経管・胃ろう含む)
 *服薬(朝・昼・夕・眠前・他) *行為(薬や水の用意・口に入れる・飲み込み) *管理(本人・家族・病院・施設) *分包(有・無) *飲み忘れ(有・無)

(5-2)金銭の管理(介助の方法)
介助されていない 一部介助 全介助
 *通帳管理(本人・家族・子供・他) *少額管理(有・無) *管理支払能力(有・無)

(5-3)日常の意思決定(能力)
できる 特別な場合を除いてできる 日常的に困難 できない

(5-4)集団への不適応(有無)
ない ときどきある ある

(5-5)買物(介助の方法)
介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
 *行為(品物の選択・棚から商品を取る・通販注文・支払) *介助者(本人・家族・子供・ヘルパー・施設・病院・他)

(5-6)簡単な調理(介助の方法)
介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
 *行為(炊飯・温め・即席めん・流動食の温め)

(6)過去14日間に受けた医療

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍・酸素) <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドーム・留置・ウロストーマ)

【現況情報】

在宅	戸建て・集合住宅(EV: 有・無) 独居・夫婦・同居()	
利用施設	入院(療養病床・療養病床以外)、入所(特養・老健・介護療養・医療院・GH・特定・他) 年 月 日～ 年 月 日	
既往歴		
通院	内科(回/月)・整形(回/月)・眼科(回/月)・歯科(回/月)・ (回/月)・ (回/月)	
〔在宅利用の現行サービス〕		
<input type="checkbox"/> 訪問介護	月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所生活(特養) 月 回
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所療養(老健) 月 回
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者介護 月 回
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	月 回	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 月 回
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 月 回
<input type="checkbox"/> 通所介護	月 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売 月 回
<input type="checkbox"/> 通所リハ	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 あり・なし <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 回
<input type="checkbox"/> その他サービス		