**＜補助記録用紙＞**（調査時の状況について記録する。）

参考資料　６

調査日　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　調査時間　　　　　時　　　分～　　　　時　　　　分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１－１　麻痺等の有無**  　1.ない　　　2.左上肢　　3.右上肢　 4.左下肢  5.右下肢　　6.その他（四肢の欠損等） | | | | | **１－２　拘縮の有無**  　1.ない　　　2.肩関節　　　3.股関節  　4.膝関節　　5.その他（四肢の欠損等） | | | | | | | |  | | |
| **１－３　寝返り**  1.つかまらないでできる  2.何かにつかまれば  3.できない | | **１－４　起き上がり**  1.つかまらないでできる  2.何かにつかまれば  3.できない | | | **１－５　座位保持**  1.できる  2.自分の手で支えれば  3.支えてもらえば  4.できない | | | | | **１－６　両足立位**  1.支えなしでできる  2.何か支えがあれば  3.できない | | |
| **１－７　歩行**1.つかまらないでできる　　　　2.何かにつかまれば　　　　3.できない | | | | | | | | | | | | |
| **１－８　立ち上がり**1.つかまらないでできる　　　　2.何かにつかまれば　　　　3.できない | | | | | | | | | | | | |
| **１－９　片足立位**1.支えなしでできる　　　　 2.何か支えがあれば　　　　3.できない | | | | | | | | | | | | |
| **１－10　洗身**  1.介助されていない  2.一部介助  3.全介助  4.行っていない | | **１－11　つめ切り**  1.介助されていない  2.一部介助  3.全介助 | | | **１－12　視力**  1.普通　（日常生活に支障なし）  2.約１m離れた表が  3.目の前の表が  4.ほとんど見えない  5.判断不能 | | | | | **１－13　聴力**  1.普通  2.普通の声がやっと聞きとれる  3.かなり大きな声  4.ほとんど聞こえない  5.判断不能 | | |
| **２－１　移乗**  1.介助されていない  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助 | | **２－２　移動**  1.介助されていない  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助 | | | **２－３　えん下**  1.できる  2.見守り等  3.できない | | | | | **２－４　食事摂取**  1.介助されていない  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助 | | |  | | |
| **２－５　排尿**  1.介助されていない 2.見守り等  3.一部介助　　　　　4.全介助 | | | **２－７　口腔清潔**  1.介助されていない  2.一部介助  3.全介助 | | | | **２－８　洗顔**  1.介助されていない  2.一部介助  3.全介助 | | | | **２－９　整髪**  1.介助されていない  2.一部介助  3.全介助 | |
| **２－６　排便**  1.介助されていない　2.見守り等  3.一部介助　　　　　4.全介助 | | |
| **２－10　上衣の着脱**  1.介助されていない　　2.見守り等  3.一部介助　　　　 　　 4.全介助 | | | | | **２－11　ｽﾞﾎﾞﾝの着脱**  1.介助されていない　　　　2.見守り等  3.一部介助　　　　　　　　　4.全介助 | | | | | | | |
| **２－12　外出頻度**  1.週1回以上　　　　　2.月1回以上　　　　　　3.月1回未満 | | | | | | | | | | | | |
| **３－１** 意思の**伝達**  1.意思を他者に伝達できる　 2.ときどき伝達できる　 3.ほとんど伝達できない 　4.できない | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **３－２ 毎日の日課**を理解  　　1.できる　　　　2.できない | | | | | **３－３ 生年月日や年齢**を言う  　　1.できる　　　　2.できない | | | | | | | |
| **３－４ 短期記憶**  　　1.できる　　　　2.できない | | | | | **３－５ 自分の名前**を言う  　　1.できる　　　　2.できない | | | | | | | |
| **３－６ 今の季節**を理解する  1.できる　　　　2.できない | | | | | **３－７　場所の理解**  　　1.できる　　　　2.できない | | | | | | | |
| **３－８ 徘徊**  　　1.ない　　　　　2.ときどきある　　　　3.ある | | | | | **３－９** 外出すると**戻れない**  　　1.ない　　　　　2.ときどきある　　　　3.ある | | | | | | | |
| **４　行動　＜１．ない　２．ときどきある（月1回以上）　３．ある（週1回以上）＞** | | | | | | | | | | | | | | | |
| １．物をとられたなどと被害的になる  　２．作話  　３．泣いたり,笑ったりして感情が不安定になる  　４．昼夜の逆転がある  　５．しつこく同じ話をする  　６．大声を出す  　７．介護に抵抗する  　８．「家に帰る」等と言い落ち着きがない  　９．一人で外に出たがり目が離せない  　10．いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる  　11．物を壊したり、衣類を破いたりする  　12．ひどい物忘れ  　13．意味もなく独り言や独り笑いをする  　14．自分勝手に行動する  　15．話がまとまらず、会話にならない | | | | | １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３．  １．　　２．　　３． | | | | | | | | | | |
| **５－１　薬の内服**  1.介助されていない  2.一部介助  3.全介助 | | | **５－２　金銭の管理**  1.介助されていない  2.一部介助  3.全介助 | | | | | **５－３　日常の意思決定**  1.できる （特別な場合でもできる）  2.特別な場合を除いてできる  3.日常的に困難  4.できない | | | | |  | | |
| **５－４　集団への不適応**  1.ない  2.ときどきある  3.ある | | | **５－５　買い物**  1.介助されていない  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助 | | | | | **５－６　簡単な調理**  1.介助されていない  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助 | | | | |
| **６　過去14日間に受けた医療（複数回答可）**  　1．点滴の管理　　２．中心静脈栄養　　３．透析　　４．ストーマの処置　　５．酸素療法　　６．レスピレーター  　７．気管切開の処置　　８．疼痛の看護　　９．経管栄養　　１０．モニター測定　　１１．じょくそうの処置　　１２．カテーテル | | | | | | | | | | | | | | | |
| **７-1 ＜自立度（障害）＞**　　自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２  **７-2 ＜自立度（認知）＞**　　　自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 在宅利用　　（認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。  （介護予防）福祉用具貸与は調査時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去６月の品目数を記載） | | | | | | | | | | | | | | | |
| □訪問介護(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ)・訪問型ｻｰﾋﾞｽ　　　　　　　 月　　 　回  　□（介護予防）訪問入浴介護　　　　 　　　 　　　 月　　 　回  　□（介護予防）訪問看護　　　　　　　　　　　 　　 月　　 　回  　□（介護予防）訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　　　　　　 　 　 　 月　 　　回  　□（介護予防）居宅療養管理指導　　　　　 　 　 　 月　 　　回  　□通所介護(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)・通所型ｻｰﾋﾞｽ　　　　　　　 　　月　 　　回  　□（介護予防）通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（ﾃﾞｲｹｱ）　 　　　 月　　 　回  　□（介護予防）短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｲ） 　 月　　 　日  　□（介護予防）短期入所療養介護（療養ｼｮｰﾄ）　　 月　 　　日  　□（介護予防）特定施設入居者生活介護　 　　　 月　 　　日  　□看護小規模多機能型居宅介護　　　　　　　　　 月　　　　日  　□市町村特別給付〔  　□介護保険給付外の在宅サービス〔 | | | | | | | □（介護予防）福祉用具貸与　　　　　　　　　 　　　　　　品目  □特定（介護予防）福祉用具販売　　　　　 　　　　　　　品目  □住宅改修　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あり　・　なし  □夜間対応型訪問介護　　　　　　　　　　　　　　月　　　　日  □（介護予防）認知症対応型通所介護　　 　　　月　　　　日  □（介護予防）小規模多機能型居宅介護　 　　 月　　　　日  □（介護予防）認知症対応型共同生活介護　　　月　　　　日  □地域密着型特定施設入居者生活介護　　　 月　　　　日  □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　日  □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　　　 月　　　 回  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | |
| **【概況・疾病名等】** | | | | | | | | | | | | | | **動作確認了解**  **あり**  **（　　　　　　　　　　）**  **なし** | |

＜更新申請の場合にのみ記入＞

介護の手間（量）　　　　□少なくなった　　 □あまり変わらない　 　□多くなった　 　□わからない