

長岡市在宅介護者支援金要件判定シート

<記入例>

申込日 <small>(家族から申し込みのあった日)</small>	令和 ○ 年 1 月 10 日	判定日 <small>(実際に判定した日)</small>	令和 ○ 年 1 月 11 日
---------------------------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------

【 申込者（介護をしている人） 】 ・ ・ ・ 同居の家族

フリガナ	ナガオカ タロウ	生年月日	(年号) 昭和 ○○ 年 1 月 1 日	年齢	□□ 歳
氏名	長岡 太郎				
住所	長岡市大手通1丁目4番地10		電話番号	××-××××	

【 介護を受けている人 】

フリガナ	ナガオカ ハナコ	生年月日	(年号) 昭和 ○○ 年 2 月 1 日	年齢	△△ 歳
氏名	長岡 花子				
住所	大手通1丁目4番地10		申請者からみた続柄	母	
認定状況	認定の有効期間			要介護状態	
	令和 ○ 年 10 月 1 日 ~ 令和 ○ 年 9 月 30 日			介3	
おむつの必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 常時必要な状態		<状況> 常時おむつが必要な状況を記入		
	<input type="checkbox"/> 常時必要ではない又は不要				
認知症ランク <small>(裏面の認知症チェックシートより)</small>		Ⅲ a			

【 特記事項 】

『別住所』や『通い』の場合、在宅介護の状況や、
家族でない同居人の在宅介護の状況を記入

【 ケアマネジャー・地域包括支援センター確認欄 】

※署名又は記名押印

事業所名	居宅介護支援事業所○○	担当者名	大手 幸子 (印)
------	-------------	------	-----------

ここからは長寿はつらつ課が使用しますので記入しないでください。

【 判定結果 】

<input type="checkbox"/> 要件に該当	<input type="checkbox"/> 要件に該当しない
<input type="checkbox"/> 常時おむつが必要	<input type="checkbox"/> 認知症ランクⅢ以上
<input type="checkbox"/> 常時おむつの必要なし	<input type="checkbox"/> 認知症ランクⅡ以下

長岡市在宅介護者支援金 認知症チェックシート

<記入例>

ランク		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	II	III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
判断基準		認知症を有しない	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	日常生活に支障を来たすような症状・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 <input type="checkbox"/> II a ⇒家庭外で見られる <input type="checkbox"/> II b ⇒家庭内でも見られる	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする（一時も目を離せない状況ではない） <input checked="" type="checkbox"/> III a ⇒日中を中心に見られる <input type="checkbox"/> III b ⇒夜間を中心に見られる	日常生活に支障を来たすような症状・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（一時も目を離せない状況である）	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
生活の様子（認知症状として見られるか判断） ※麻痺等の身体面により該当する場合は除き、麻痺等がなければどのレベルかをアセスメントして判断	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一人できる	<input type="checkbox"/> 一人できるが、時間がかかる	<input type="checkbox"/> 一人できない (食事に集中できないので声かけをしたり、拒食があるのでなだめすかすなどの介助が必要)		せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一人できる	<input checked="" type="checkbox"/> 失禁や排泄の失敗があっても、自分で後始末をしたり着替えをしたりする事ができる	<input type="checkbox"/> トイレの水を流すのを忘れて、きちんと拭くのを忘れることが多い <input type="checkbox"/> 失禁や排泄の失敗があっても自分で後始末ができない <input type="checkbox"/> トイレ以外の場所での排泄がある		
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一人できる	<input checked="" type="checkbox"/> お風呂に入ることを忘れることもあるが、自分で体を洗うことや温度調節ができる	<input type="checkbox"/> 手助けなしで、お風呂にきちんと入ることができない(お湯の温度や量が調整できない、体をうまく洗えない) <input type="checkbox"/> 入浴拒否があり、入浴のためになだめすかしたりすることが必要		
	着替え	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一人できる	<input checked="" type="checkbox"/> ふさわしい衣類をそろえるなどの介助があれば、一人で衣類を着ることができ	<input checked="" type="checkbox"/> ふさわしい衣類をそろえるなどの介助があっても、一人で衣類を着ることができない(上下逆や裏表で着る、着る順番が違つ、下着を履かないなど)		
	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自己管理できる	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理ができないが、誰かが管理すれば飲める(薬を渡す、配薬をする、飲み忘れ・残しの確認など)	<input type="checkbox"/> 拒薬があり、薬の内服のためになだめすかしたりすることが必要		
	外出・場所の理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一人で外出できる	<input type="checkbox"/> 慣れない場所(旅行先や知らない道、大型施設など)で迷子になることがある <input checked="" type="checkbox"/> 道に迷うことがあるが、一人で勝手に出歩かない	<input type="checkbox"/> 慣れている場所(家の近所やよく知った道、施設など)でも迷子になる <input type="checkbox"/> 道に迷うことがあり、一人で勝手に出歩く <input type="checkbox"/> 家の中でも迷子になることがある(トイレや部屋の場所がわからないなど) <input type="checkbox"/> 人の家や敷地に、勝手に入り込んだり自分の家だと主張したりする		
日常生活・社会生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一人できる	<input checked="" type="checkbox"/> 買い物や料理、金銭管理などそれまでできていた家庭での役割にミスが目立つが、助言に応じたり、介護者に任せたりする事ができる <input type="checkbox"/> 電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない(伝言の取次ぎができない、お金の徴収に対応できないなど)	<input type="checkbox"/> 買い物や料理、金銭管理などそれまでできていた家庭での役割が困難となるが、助言に応じたり介護者に任せたりすることができない(自分でやるといつてきかない) <input type="checkbox"/> 他者(家族や親戚、近隣住民等)への暴言や暴力などの迷惑行為がある <input type="checkbox"/> 火の不始末(ガスコンロ、タバコの火、ストーブなど)が目立つ			
行動・心理症状(BPSD)	<input checked="" type="checkbox"/>		見られない	<input type="checkbox"/> 「家に帰る」といったり、一人で出かけたがったり落ち着きがない <input type="checkbox"/> 徘徊がある(無目的に動き回る) <input type="checkbox"/> 介護に抵抗する <input type="checkbox"/> 大声や奇声を上げることがある <input type="checkbox"/> 被害的な言動や妄想があり、他者のせいにする(物を盗った・隠した、食事に毒を盛った、浮気しているなど) <input type="checkbox"/> 夜間活動的になる <input type="checkbox"/> 性的な異常行為が見られる <input type="checkbox"/> 明らかに不要な物を拾い集める <input type="checkbox"/> やたらに物を口に入れる <input type="checkbox"/> 不潔行為がある(排泄物や汚物をいじる等) <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 反社会的な行動が見られる(交通ルール無視、万引き等)			

【その他特記事項】

- ・ 食事に時間がかかるが右マヒの影響とも認知機能低下の影響とも考えられる
- ・ 1か月ほど前に服をやぶいたことがあるが、発熱時の発汗からくる不快感によるものと考えられ、その後は見られない