

## 介護保険申請対象者チェックリストの考え方

|    | 質問事項                                 | 考え方  |
|----|--------------------------------------|--|
| 1  | 杖や歩行器を利用せず、5分以上一人で歩くことが出来る。          | ゆっくりでも、屋内、屋外問わず5分以上杖等を使用せずに歩くことが出来れば「はい」<br>屋内の伝い歩きが単純に習慣化しているものであれば「はい」                     |
| 2  | 立ち上がり時に、介助が必要。                       | 立ち上がり時に、人的な介助が必要であれば「はい」<br>自分で手すりを使用して立ち上がることが可能であれば「いいえ」                                   |
| 3  | 3センチの段差をまたぐことが出来ない。                  | 自宅の段差などを越えることが出来れば「いいえ」<br>何かにつかまって段差を昇ることが出来れば「いいえ」   |
| 4  | 麻痺や拘縮がある。<br>部位： )                   | 麻痺、拘縮があれば、程度、部位なども記入しておく。  |
| 5  | トイレは一人で行くことができ、用を足すことが出来る。           | 「いいえ」の場合<br>① 声掛けのみで可能か<br>② ズボンの着脱から支援が必要か<br>③ 排泄物を流す動作は出来るか<br>④ 理解力の低下から声掛け、支援が必要かなどを伺う。 |
| 6  | 入浴は一人でしている。                          | 「はい」の場合でも、入浴動作に関する声掛け介助が多ければ、「いいえ」とする。   |
| 7  | 身体を自分で洗うことが出来る。                      | 「はい」の場合でも、洗身動作に関する声掛け介助が多ければ、「いいえ」とする。   |
| 8  | 背中や髪などに手が届かず、他者に洗うことを手伝ってもらっている。     | 「はい」の場合<br>① 手の拳上が困難であるか。<br>② 認知症の進行により洗う行為が困難であるか<br>※自分でできるが、家族やデイサービスが行っている場合は、「いいえ」とする。 |
| 9  | 住宅改修や福祉用具などの利用希望がある。                 | 明らかな住宅改修・福祉用具の利用目的があるか。(介護保険の適応であれば)   |
| 10 | 進行性の神経・筋疾患の難病や疾患がある。<br>病名 ( )       | 疾患名を記入する。<br>心筋梗塞の OP 後、ステント留置後に関しては対象外。経過が今後悪化する可能性があるものを対象とする。                             |
| 11 | 褥瘡や胃ろうなどで、訪問看護師などの利用の必要性がある。         | 適切な訪問看護の利用が明確である場合。<br>※内服の管理だけを希望される場合：薬剤師による居宅療養管理でも可能か…など詳しく聞く。                           |
| 12 | 家族申請の場合<br>家族の介護負担が大きく、ショートステイの希望がある | 認知症の対応などで、家族の介護負担が著明であり、ショートステイ等のサービス利用希望がある。短時間のデイなどでは家族の介護負担が図れない場合。                       |