別紙様式１

**科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）**

**（※）：任意項目**

**【利用者情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 保険者番号 |  |
| 性別 | □男　　　　　□女 | 被保険者番号 |  |

**【基本情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | □自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ |
| 評価日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 評価時点 | □サービス利用開始時　□サービス利用中　□サービス利用終了時 |

**【総論】**

|  |
| --- |
| 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については１.に記入）（※） |
|  １．  ２．  ３．  |
| 緊急入院の状況（※） | 入院日：　　　　年　　　月　　　日　　受療時の主訴：□発熱　□転倒　□その他（　　　　　）入院日：　　　　年　　　月　　　日　　受療時の主訴：□発熱　□転倒　□その他（　　　　　）入院日：　　　　年　　　月　　　日　　受療時の主訴：□発熱　□転倒　□その他（　　　　　） |
| 服薬情報（※） | 薬剤名（　　　　　　　　　　　　　）薬剤名（　　　　　　　　　　　　　）　薬剤名（　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 家族の状況（※） | □同居　　□独居 |
| ADL | 　　　　　　　　　 自立 　 一部介助 　 全介助・食事　　　　　　　　　　 □10 □５　 □０・椅子とベッド間の移乗　　 □15 □10←（監視下）　　　　　　　 （座れるが移れない）→ □５　 □０・整容　　　　　　　　　　 □５　　 □０　 □０・トイレ動作 　　　　　 □10　　 □５　 □０ ・入浴 □５　　 □０　 □０・平地歩行 □15　　 □10←（歩行器等）　　　　　　 （車椅子操作が可能）→ □５　 □０・階段昇降　　　　　　　　 □10　　 □５　 □０・更衣 □10　　 □５　 □０・排便コントロール □10　　 □５　 □０・排尿コントロール □10　　 □５　 □０ |
| サービス利用終了理由（※サービス終了時） | サービス利用終了日：　　　年　　　月　　日□居宅サービスの利用 　□介護老人福祉施設入所　　□介護老人保健施設入所　　□介護医療院入所□医療機関入院　　□死亡　　□介護サービスを利用しなくなった　　□その他 |

**【口腔・栄養】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| 義歯の使用 | □なし　□あり | むせ | □なし　□あり |
| 歯の汚れ | □なし　□あり | 歯肉の腫れ・出血 | □なし　□あり |

**【認知症】**

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症の診断 | □ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病　□血管性認知症　□ﾚﾋﾞ-小体病　□その他（　　　　　　　） |

○生活・認知機能尺度　【別紙様式３】を活用した評価を実施すること

○Vitality index

|  |  |
| --- | --- |
| 意思疎通 | □自分から挨拶する、話し掛ける　□挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる　□反応がない |
| 起床（※） | □いつも定時に起床している　□起こさないと起床しないことがある　□自分から起床することはない |
| 食事（※） | □自分から進んで食べようとする　□促されると食べようとする□食事に関心がない、全く食べようとしない |
| 排せつ（※） | □いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う　□時々、尿意便意を伝える□排せつに全く関心がない |
| リハビリ・活動（※） | □自らリハビリに向かう、活動を求める　□促されて向かう　□拒否、無関心 |

○DBD13（※）　【別紙様式４】を活用すること

**【その他】**

○ICFステージング（※）　【別紙様式５】を活用すること