

【地域生活支援事業（移動支援事業）聴き取り票】

調査時：令和 年 月 日 調査者（ ）

対象者（ ）

①自分で5メートル以上歩くことができますか。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

②「ベッドから車椅子」等乗り移るときに、介護者による見守り、声かけや介助が行われていますか。

1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

③食事、排泄、整容、入浴などのために必要な場所へ移動するときに、介護者による見守り、声かけや介助が行われていますか。

1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

④食事のときに、見守り、声かけや介助が行われていますか。

1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

⑤排尿(尿意、トイレまでの移動)、排尿動作(衣類の上げ下げ、トイレへの排尿)、後始末をすべて
自分で行っていますか。

1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

⑥排便(便意、トイレまでの移動)、排便動作(衣類の上げ下げ、トイレへの排尿)、後始末をすべて自分で行っていますか。

1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

評価 身体介護（あり ・ なし）

希望するプラン（移動支援事業・日中一時支援事業共通）

	月	火	水	木	金	土	日
5 : 00							
6 : 00							
8 : 00							
10 : 00							
12 : 00							
14 : 00							
16 : 00							
18 : 00							
20 : 00							
22 : 00							
24 : 00							

特記事項（変更の場合は朱で記入）

☐ 移動支援事業 月 時間
（ 身体介護 有 ・ 無 ）

☐ 日中一時支援事業 月 時間
（【加算】 その他・重度・重心 ）

*個別ケア会議の必要性（有 ・ 無）…支給量 50 時間以上で必要な場合開催