

平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
(平成 29 年度調査)

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業
報 告 書

目 次

I 調査の背景	1
1. これまでの検討経緯	1
2. 調査の目的	1
II 調査方法	2
III 検討体制	3
1. 検討委員会の設置・運営.....	3
2. 検討委員会における検討内容.....	3
IV 調査研究の流れ	4
V 調査結果概要	5
VI アセスメント様式等の実態調査（施設・事業所調査）	6
1. 調査概要	6
(1) 目的	6
(2) 調査対象.....	6
(3) 調査方法.....	6
(4) 調査項目.....	6
(5) 調査結果概要.....	8
2. 調査結果	9
(1) 回収状況.....	9
(2) アセスメントの実施状況.....	9
(3) 主に使用しているアセスメント様式についての意見.....	12
(4) 褥瘡に関する評価の実施状況.....	18
(5) 要介護認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況	18
VII アセスメント様式等の互換性調査（利用者調査）	20
1. 調査概要	20
(1) 目的	20
(2) 調査対象.....	20
(3) 調査方法.....	20
(4) 調査項目.....	20
(5) 調査結果概要.....	21
2. 調査結果	22
(1) 回収状況.....	22
(2) ADL の状況	22
(3) 基本動作.....	36
(4) 見当識	42
(5) コミュニケーション.....	45

(6) 認知機能.....	51
VIII アセスメント様式等の互換性調査（訪問ヒアリング調査）.....	53
1. 調査概要.....	53
(1) 目的.....	53
(2) 調査対象.....	53
(3) ヒアリング項目.....	54
2. 調査結果概要.....	54
(1) 調査結果概要.....	54
(2) 個別のアセスメント項目に関する主なご意見等.....	55
IX データ項目 ver. 2 の修正.....	57
1. 設問・記載要領の修正方針の検討.....	57
2. データ項目 ver. 2. 1 の作成.....	73
(1) データ項目 ver. 2. 1.....	73
(2) データ項目 ver. 2. 1 の記載要領.....	76
3. データ項目 ver. 2. 1 の各アセスメント様式との関係性（データ項目 ver. 2 の修正結果）.....	90
(1) ADL の状況.....	90
(2) 見当識.....	96
(3) コミュニケーション.....	98
(4) 認知機能.....	100
X 結果のまとめと課題.....	102
1. 調査結果のまとめ.....	102
2. 今後の課題.....	102
3. データ項目 ver. 2. 1 と課題の整理.....	104
参 考 資 料.....	107
1. 調査票.....	108
(1) 介護老人保健施設票.....	108
(2) 介護老人福祉施設票.....	113
(3) 居宅介護支援事業所票.....	118
(4) 介護老人保健施設 利用者票.....	122
(5) 介護老人福祉施設 利用者票.....	126
(6) 居宅介護支援事業所 利用者票.....	130
(7) 利用者票アセスメント様式 MDS-HC 方式.....	134
(8) 利用者票アセスメント様式 居宅サービス計画ガイドライン方式.....	153
(9) 利用者票アセスメント様式 包括的自立支援プログラム方式.....	165
(10) 利用者票アセスメント様式 R4.....	171
2. 結果概要.....	173

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業 の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

(株)三菱総合研究所は介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、藤野 善久を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が、必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、(株)三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業の調査 検討組織 委員等

委員長	藤野 善久（産業医科大学 産業生態科学研究所 教授）
委員	折茂 賢一郎（全国老人保健施設協会 副会長）
委員	佐々木 啓太（日本介護支援専門員協会 常任理事）
委員	園田 茂（藤田保健衛生大学 医学部 教授）
委員	田宮 菜奈子（筑波大学 医学医療系 教授）
委員	野上 貴史（全国老人福祉施設協議会 老施協総研 伴走型自立支援推進戦略本部 委員）
委員	藤井 賢一郎（上智大学 総合人間科学部 准教授）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局老人保健課 介護保険データ分析室長 西嶋 康浩
- 厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐 井口 豪
- 厚生労働省 老健局老人保健課 地域情報分析支援専門官 村松 圭司
- 厚生労働省 老健局老人保健課 主査 中村 梨絵子
- 厚生労働省 老健局老人保健課 係員 兼本 千絵
- 厚生労働省 老健局振興課 課長補佐 佐藤 美雄
- 厚生労働省 老健局振興課 介護支援専門官 石山 麗子
- 厚生労働省 老健局振興課 人材研修係長 増田 岳史
- 厚生労働省 老健局振興課 基準第二係長 中村 光輝

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

1. 調査名

- 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

2. 調査目的

- 持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供について検討を進める必要がある。そのため、介護サービスの質の評価を行うことが求められているが、介護サービス利用者の状態の評価に用いられるアセスメント指標は複数存在する。これらの指標には類似の評価項目を含んでいるものの、同等性等それらの相互関係は明らかとなっていない。本事業では介護サービス利用者を複数のアセスメント指標で評価を行い、各アセスメント指標の読み替え可能性を検証する。

3. 検証のポイント

- 現在用いられているアセスメント指標の読み替え可能性について検証を行う。

4. 調査対象

- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所

5. 調査項目

- 施設の基本情報、施設サービスの実施状況
- 普段用いているアセスメント指標
- 利用者に対する以下のアセスメント指標を用いた状態評価
 - ✓ 要介護認定調査項目
 - ✓ Barthel Index
 - ✓ FIM
 - ✓ インターライ方式
 - ✓ MDS-HC2.0方式
 - ✓ 居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ
 - ✓ 包括的自立支援プログラム方式
 - ✓ 日本訪問看護振興財団方式
 - ✓ 日本介護福祉士会方式
 - ✓ ケアマネジメント実践記録様式 ver. 4.0
 - ✓ TAI 方式

- ✓ TAI-HC 方式
- ✓ R4（通所）
- ✓ R4（入所）
- ✓ センター方式
- ✓ データ項目 Ver. 2（平成 28 年度改定検証事業）

I 調査の背景

1. これまでの検討経緯

介護保険制度におけるサービスの質の評価については、平成 25 年度より、介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査において、継続的に議論されてきた。

平成 25 年度調査では、国内外における質の評価に向けた先行的な取り組みを収集・精査し、介護保険制度におけるサービスの質の評価に向けた仕組みづくりを構築していく上での現状把握と課題、今後の方向性の整理・検討を行った。

平成 26 年度調査では、平成 25 年度調査における質の評価を行う上での考え方の整理を踏まえ、高齢者に発生しうる自立支援の障害となるリスクを適切に把握するため、関連するハザードを特定した上で、それに起因するリスクを予測するための高齢者の状態把握を行うために必要なデータの検討を実施した。ハザードの特定にあたっては、先行研究を参考に、サービス提供の現場で高齢者の自立支援の障害リスクになりやすく、それに加えて、施設・居宅の双方で高齢者に高頻度で起こりうる「転倒」「発熱」「誤嚥」「脱水」「褥瘡」「移動能力の低下」「認知機能の低下」を検討の対象とした。これらをハザードと捉えた場合のリスク把握に資するデータ項目として、各ハザード領域の既存文献の情報収集及びエキスパートインタビューを踏まえてデータ項目 ver.1 を作成した。

平成 27 年度調査では、平成 26 年度調査で作成したデータ項目 ver.1 を、介護老人保健施設・居宅介護支援事業所から収集し、データ収集可能性及びハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証（発生率、相対危険度の算出）を実施した。更に、軽度者の状態を把握するための新規項目の検討、データ収集のタイミングの検討を踏まえた表現の見直しを行った上でデータ項目 ver.2 を作成した。

平成 28 年度調査では、平成 27 年度調査において作成したデータ項目 ver.2 を、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所から収集し、「データ収集可能性」「ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性」「ベンチマークの可能性」の検証を行った。更に、サービス提供主体（事業者）とサービス提供における 2 つの PDCA サイクルを念頭に、ISO9001 を取得している（あるいは取得していた）介護老人保健施設及び介護老人福祉施設を対象として試行的なヒアリング調査を実施し、介護サービスの現場におけるマネジメントシステムを把握・評価するために必要な視点の整理を行った。

2. 調査の目的

持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供について検討を進める必要がある。そのため、介護サービスの質の評価を行うことが求められているが、介護サービス利用者の状態の評価に用いられるアセスメント指標は複数存在する。これらの指標には類似の評価項目を含んでいるものの、同等性等それらの相互関係は明らかとなっていない。本事業では介護サービス利用者を、データ項目 ver.2 を含む複数のアセスメント指標で評価を行い、各アセスメント指標の読み替え可能性を検証することを目的とした。

II 調査方法

本事業では、介護施設・事業所において実施されているアセスメント様式等の実態調査を把握するとともに、アセスメント様式の読み替え可能性を調査するために以下を実施した。

- ①アセスメント様式等の実態調査
- ②アセスメント様式等の互換性調査
- ③データ項目 ver. 2 修正版の作成

①アセスメント様式等の実態調査

介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所を対象に、アセスメント様式やアセスメントの実施についての実態を把握することを目的として調査を実施した。

②アセスメント様式等の互換性調査

介護施設・事業所で使用されている各アセスメント様式の読み替え可能性を調査するために、データ項目 ver. 2 とその他のアセスメント様式それぞれでアセスメントを実施し、その読み替え可能性を検証することを目的として調査を実施した。

その結果を踏まえ、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所のそれぞれに訪問ヒアリングを行い、アセスメント結果が分かれる具体的な事例を収集した。

③データ項目 ver. 2 修正版の作成

上記結果をもとに、データ項目 ver. 2 の設問及び記載要領の修正を図った。あわせて、修正に伴い、各アセスメント様式との対比状況について再度検証を行った。

III 検討体制

1. 検討委員会の設置・運営

本事業の実施に際し、データ項目 ver.2 に基づく質の評価の検討、データ項目 ver.2 と他アセスメント様式との読み替え可能性の検討といった本業務で実施する内容の方向性の検討や実施結果を踏まえた、介護保険制度におけるサービスの質の評価手法等の検討を行う場として、検討委員会を設置した。

**図表 1 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業
検討委員会 委員**

役職	氏名（所属）
委員長	藤野 善久（産業医科大学 産業生態科学研究所 教授）
委員	折茂 賢一郎（全国老人保健施設協会 副会長）
	佐々木 啓太（日本介護支援専門員協会 常任理事）
	園田 茂（藤田保健衛生大学 医学部 教授）
	田宮 菜奈子（筑波大学 医学医療系 教授）
	野上 貴史（全国老人福祉施設協議会 老施協総研 伴走型自立支援推進戦略本部 委員）
藤井 賢一郎（上智大学 総合人間科学部 准教授）	

（敬称略、50音順）

<事務局>

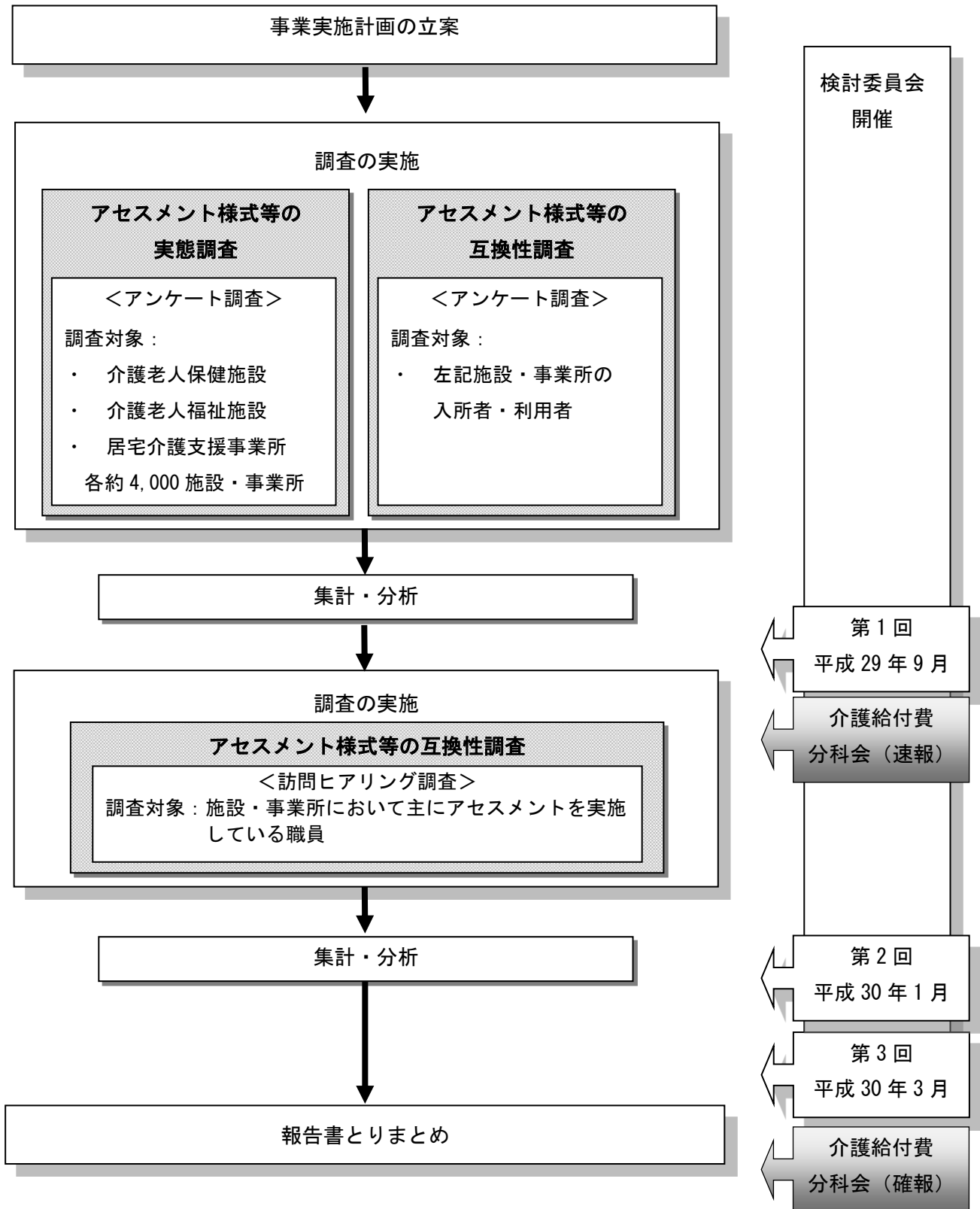
株式会社 三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部
ヘルスケア・データ戦略グループ

2. 検討委員会における検討内容

図表 2 検討委員会の開催時期と議題

回	時期	主な議題
第1回	平成29年9月12日（火） 17:00～19:00	<ul style="list-style-type: none"> 調査研究計画について アンケート調査集計結果（速報）について
第2回	平成30年1月25日（木） 13:00～15:00	<ul style="list-style-type: none"> ヒアリング調査について 記載要領修正案について 調査結果概要案・報告書目次案について
第3回	平成30年3月8日（木） 13:00～15:00	<ul style="list-style-type: none"> 調査結果概要案・報告書案について 今後の検討の方向性について

IV 調査研究の流れ



V 調査結果概要

○ アセスメント様式等の実態調査

- ・ 施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）では包括的自立支援プログラム方式を使用している施設が多く、居宅介護支援事業所では居宅サービス計画ガイドライン方式を使用している事業所が多かった。介護老人保健施設では R4 を使用している施設が 2 割程度であった。また、いずれのサービスにおいても 2～3 割の施設・事業所では独自様式を使用していた。
- ・ 栄養に関する評価の実施状況としては、全利用者について実施している施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）が 9 割超であった。
- ・ 入所時における体重測定の実施状況としては、全利用者について実施している施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）は約 9 割、身長測定を全利用者について実施している施設は約 8 割であった。
- ・ 褥瘡に関する評価の実施状況としては、全利用者について実施している施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）が 6～7 割、一部の利用者について実施している施設サービスが 3～4 割であった。
- ・ 要介護認定調査における基本調査（74 項目）結果の保有状況としては、介護老人保健施設では一部の利用者について保有している施設と保有していない施設がそれぞれ約 4 割であった。介護老人福祉施設では全利用者について保有している施設と一部の利用者について保有している施設がそれぞれ 3～4 割であり、保有している施設では、情報提供を申請し、入手した割合が高かった。居宅介護支援事業所では全利用者について保有している事業所が多く、全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した割合が高かった。

○ アセスメント様式等の互換性調査

- ・ ADL 及び基本動作の項目に関しては、上記アセスメント様式等の実態調査において使用している割合が高かった MDS 方式・MDS-HC 方式、居宅サービス計画ガイドライン方式、包括的自立支援プログラム方式、R4 と概ね読み替えが出来る結果であった。
- ・ 見当識及びコミュニケーションについては、居宅サービス計画ガイドライン方式や包括的自立支援プログラム方式では回答の一致率が 6 割程度に留まる結果であった。

VI アセスメント様式等の実態調査（施設・事業所調査）

1. 調査概要

（1）目的

介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所を対象とし、施設・事業所において日常的に使用されているアセスメント様式を把握することを目的とした。

（2）調査対象

- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所を調査対象とした。
- 調査対象は施設・事業所を抽出単位とし、介護老人保健施設は悉皆調査、介護老人福祉施設及び居宅介護支援事業所は単純無作為抽出法により抽出した。（標準誤差率等を勘案した結果、標本の大きさをそれぞれ約 4,000 としたため、介護老人保健施設は母集団の大きさも踏まえて悉皆調査とした。）

図表 3 調査対象と母集団、標本

対象サービス	標本の大きさ	母集団の大きさ
介護老人保健施設	悉皆	4,210
介護老人福祉施設	3,800	7,675
居宅介護支援事業所	3,900	39,601

※母集団の大きさ：事業所台帳情報（基本情報）に登録されている事業所のうち、審査年月が平成 29 年 3 月かつサービス提供年月が平成 29 年 2 月において請求実績のある事業所を母集団名簿としている。

（3）調査方法

- 調査対象となる施設・事業所に ID・パスワードを郵送配布し、Web 上での回答を依頼した。

（4）調査項目

- 施設・事業所において日常的に使用しているアセスメント様式、栄養や褥瘡に関する評価の実施状況、要介護認定調査における基本調査（74 項目）結果の保有状況等について設問を設定した。
- 調査項目は以下の通りである。

図表 4 施設・事業所調査 調査項目

調査項目	設問
施設・事業所の基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・開設主体、開設年 ・定員数 ・利用者数（要介護度別、認知症日常生活自立度別） ・職員体制 ・同一法人が提供しているサービス・併設サービス
アセスメントの実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントの実施頻度 ・使用しているアセスメント様式 ・使用しているアセスメント様式への意見 ・アセスメント実施者の基礎資格 ・現在のアセスメント様式を採用した経緯（独自様式を使用している場合） ・独自様式で収集している項目
栄養に関する評価の実施状況 （※施設のみ）	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養評価の実施状況 ・入所時の身長・体重の測定
褥瘡に関する評価の実施状況 （※施設のみ）	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡評価の実施状況
認定調査における基本調査結果 の保有状況	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況

(5) 調査結果概要

【主に使用しているアセスメント様式等について】

- 施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）では包括的自立支援プログラム方式を使用している施設が多く、居宅介護支援事業所では居宅サービス計画ガイドライン方式を使用している事業所が多かった。介護老人保健施設では R4 を使用している施設が 2 割程度であった。また、いずれのサービスにおいても 2～3 割の施設・事業所では独自様式を使用していた。
- 法人・事業所の独自様式を使用している場合、いずれのサービスにおいても「身体機能・起居動作等に関する項目」、「生活機能に関する項目」、「認知機能に関する項目」、「精神・行動障害に関する項目」を収集していた。介護老人福祉施設では「特別な医療、既往等に関する項目」、居宅介護支援事業所では「特別な医療、既往等に関する項目」及び「社会生活への適応に関する項目」を収集していた。

【栄養、褥瘡に関する評価の実施状況について】

- 栄養に関する評価の実施状況としては、全利用者について実施している施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）が 9 割超であった。
- 入所時における体重の測定の実施状況としては、全利用者について実施している施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）は約 9 割、身長を測定を全利用者について実施している施設サービスは約 8 割であった。
- 褥瘡に関する評価の実施状況としては、全利用者について実施している施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）が 6～7 割、一部の利用者について実施している施設サービスが 3～4 割であった。

【要介護認定調査における基本調査（74 項目）結果の保有状況について】

- 介護老人保健施設では、基本調査（74 項目）結果を一部の利用者について保有している施設と保有していない施設がそれぞれ約 4 割であり、保有している施設では、情報提供を申請し、入手した割合が高かった。
- 介護老人福祉施設では、基本調査（74 項目）結果を全利用者について保有している施設と一部の利用者について保有している施設がそれぞれ 3～4 割であり、保有している施設では、情報提供を申請し、入手した割合が高かった。
- 居宅介護支援事業所では、基本調査（74 項目）結果を全利用者について保有している事業所が多く、全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した割合が高かった。

2. 調査結果

(1) 回収状況

回収状況は以下の通りであった。

図表 5 回収状況（施設・事業所調査）

	発出数	回収数	回収率	有効回収数	有効回答率
介護老人保健施設	4,210	1,428	33.9%	1,138	27.0%
介護老人福祉施設	3,800	1,485	39.1%	1,131	29.8%
居宅介護支援事業所	3,900	1,413	36.2%	1,062	27.2%
合計	11,910	4,326	36.3%	3,331	28.0%

(2) アセスメントの実施状況

1) アセスメントの実施頻度

○ アセスメントの実施頻度について、介護老人保健施設では「概ね3ヶ月に1回」が77.9%と最も高く、介護老人福祉施設では「概ね半年に1回」が51.7%と最も高かった。居宅介護支援事業所では「概ね半年に1回」が26.6%と最も高かった。

図表 6 アセスメントの実施頻度

	概ね月1回	概ね3ヶ月に1回	概ね半年に1回	概ね1年に1回	状態が変化した場合のみ	特に決まっていない	その他	合計
介護老人保健施設	41 3.6%	887 77.9%	111 9.8%	32 2.8%	20 1.8%	20 1.8%	27 2.4%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	47 4.2%	240 21.2%	585 51.7%	173 15.3%	29 2.6%	9 0.8%	48 4.2%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	200 18.8%	50 4.7%	282 26.6%	207 19.5%	114 10.7%	51 4.8%	158 14.9%	1062 100.0%
合計	288 8.6%	1177 35.3%	978 29.4%	412 12.4%	163 4.9%	80 2.4%	233 7.0%	3331 100.0%

2) 主に使用しているアセスメント様式

- 主に使用しているアセスメント様式について、施設サービス（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）では包括的自立支援プログラム方式を使用している施設がそれぞれ 29.2%、49.3%と最も高かった。
- 居宅介護支援事業所では居宅サービス計画ガイドライン方式を使用している事業所が 37.6%と最も高かった。介護老人保健施設では R4 を使用している施設が 20.3%であった。介護老人保健施設の 23.0%、介護老人福祉施設の 26.7%、居宅介護支援事業所の 19.2%では独自様式を使用していた。

図表 7 主に使用しているアセスメント様式

	インターライ方式	MDS方式・MDS-HC方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式・TAI-HC方式	日本訪問看護振興財団方式	日本介護福祉士会方式	包括的自立支援プログラム方式	R4	独自様式	その他	名称不明	合計
介護老人保健施設	7 0.6%	131 11.5%	18 1.6%	15 1.3%	2 0.2%	0 0.0%	4 0.4%	332 29.2%	231 20.3%	262 23.0%	100 8.8%	36 3.2%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	2 0.2%	67 5.9%	27 2.4%	16 1.4%	2 0.2%	1 0.1%	5 0.4%	558 49.3%	2 0.2%	302 26.7%	97 8.6%	52 4.6%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	7 0.7%	164 15.4%	399 37.6%	8 0.8%	22 2.1%	5 0.5%	16 1.5%	46 4.3%	3 0.3%	204 19.2%	133 12.5%	55 5.2%	1062 100.0%
合計	16 0.5%	362 10.9%	444 13.3%	39 1.2%	26 0.8%	6 0.2%	25 0.8%	936 28.1%	236 7.1%	768 23.1%	330 9.9%	143 4.3%	3331 100.0%

3) 「法人・事業所の独自様式」を選択した場合、独自様式において収集している項目

- 主に使用しているアセスメント様式として「法人・事業所の独自様式」を選択した場合、独自様式において収集している項目について、「身体機能・起居動作等に関する項目」、「生活機能に関する項目」、「認知機能に関する項目」、「精神・行動障害に関する項目」はいずれのサービスにおいても9割超であった。
- 介護老人福祉施設では「特別な医療、既往等に関する項目」、居宅介護支援事業所では「社会生活への適応に関する項目」及び「特別な医療、既往等に関する項目」も9割超であった。

図表 8 「法人・事業所の独自様式」を選択した場合、独自様式において収集している項目（複数回答）

	施設・事業所数	身体機能・起居動作等に関する項目	生活機能に関する項目	認知機能に関する項目	精神・行動障害に関する項目	社会生活への適応に関する項目	特別な医療、既往等に関する項目	その他の項目	わからない
介護老人保健施設	262 100.0%	256 97.7%	257 98.1%	248 94.7%	241 92.0%	211 80.5%	227 86.6%	34 13.0%	8 3.1%
介護老人福祉施設	302 100.0%	298 98.7%	300 99.3%	287 95.0%	281 93.0%	269 89.1%	276 91.4%	52 17.2%	1 0.3%
居宅介護支援事業所	204 100.0%	202 99.0%	201 98.5%	198 97.1%	194 95.1%	197 96.6%	190 93.1%	52 25.5%	6 2.9%
合計	768 100.0%	756 98.4%	758 98.7%	733 95.4%	716 93.2%	677 88.2%	693 90.2%	138 18.0%	15 2.0%

4) 「その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式

- 主に使用しているアセスメント様式として「その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「包括的自立支援プログラム方式」がそれぞれ 32.0%、29.9%と最も高かった。居宅介護支援事業所では「居宅サービス計画ガイドライン方式」が 11.3%と最も高かった。

図表 9 「その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式

	インターライ方式	MDS方式・MDS-HC方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式・TAI-HC方式	日本訪問看護振興財団方式	日本介護福祉士会方式	包括的自立支援プログラム方式	R4	その他	合計
介護老人保健施設	1 1.0%	12 12.0%	1 1.0%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	32 32.0%	16 16.0%	37 37.0%	100 100.0%
介護老人福祉施設	1 1.0%	7 7.2%	6 6.2%	3 3.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 2.1%	29 29.9%	2 2.1%	47 48.5%	97 100.0%
居宅介護支援事業所	1 0.8%	10 7.5%	15 11.3%	7 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.3%	3 2.3%	0 0.0%	94 70.7%	133 100.0%
合計	3 0.9%	29 8.8%	22 6.7%	11 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	5 1.5%	64 19.4%	18 5.5%	178 53.9%	330 100.0%

5) 「その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式に変更を加えた項目

- 主に使用しているアセスメント様式として「その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式に変更を加えた項目について、介護老人保健施設ではいずれの項目も 3~4 割、介護老人福祉施設ではいずれの項目も約 4 割であった。居宅介護支援事業所では「わからない」が 51.1%と最も高かった。

図表 10 「その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式に変更を加えた項目（複数回答）

	施設・事業所数	身体機能・起居動作等に関する項目	生活機能に関する項目	認知機能に関する項目	精神・行動障害に関する項目	社会生活への適応に関する項目	特別な医療、既往等に関する項目	その他の項目	わからない
介護老人保健施設	100 100.0%	36 36.0%	34 34.0%	34 34.0%	30 30.0%	36 36.0%	32 32.0%	20 20.0%	38 38.0%
介護老人福祉施設	97 100.0%	39 40.2%	40 41.2%	37 38.1%	37 38.1%	36 37.1%	40 41.2%	29 29.9%	31 32.0%
居宅介護支援事業所	133 100.0%	25 18.8%	25 18.8%	24 18.0%	25 18.8%	24 18.0%	22 16.5%	33 24.8%	68 51.1%
合計	330 100.0%	100 30.3%	99 30.0%	95 28.8%	92 27.9%	96 29.1%	94 28.5%	82 24.8%	137 41.5%

(3) 主に使用しているアセスメント様式についての意見

1) MDS方式・MDS-HC方式

① 項目数

- MDS方式・MDS-HC方式の項目数についての意見として、いずれのサービスにおいても「十分」が5~7割と高く、次いで「多い」が2~4割であった。

図表 11 項目数 (MDS方式・MDS-HC方式)

	多い	十分	不足している	わからない	合計
介護老人保健施設	49 37.4%	69 52.7%	9 6.9%	4 3.1%	131 100.0%
介護老人福祉施設	16 23.9%	44 65.7%	4 6.0%	3 4.5%	67 100.0%
居宅介護支援事業所	58 35.4%	93 56.7%	10 6.1%	3 1.8%	164 100.0%
合計	123 34.0%	206 56.9%	23 6.4%	10 2.8%	362 100.0%

② 評価のしやすさ

- MDS方式・MDS-HC方式の評価のしやすさについての意見として、いずれのサービスにおいても「ちょうどよい」が5~6割と高く、次いで「難しい」が3~4割であった。

図表 12 評価のしやすさ (MDS方式・MDS-HC方式)

	難しい	ちょうどよい	容易い	わからない	合計
介護老人保健施設	38 29.0%	76 58.0%	11 8.4%	6 4.6%	131 100.0%
介護老人福祉施設	17 25.4%	41 61.2%	3 4.5%	6 9.0%	67 100.0%
居宅介護支援事業所	61 37.2%	88 53.7%	3 1.8%	12 7.3%	164 100.0%
合計	116 32.0%	205 56.6%	17 4.7%	24 6.6%	362 100.0%

③ 評価に要する時間

- MDS方式・MDS-HC方式の評価に要する時間についての意見として、いずれのサービスにおいても「ちょうどよい」が5~6割、次いで「長い」が3~4割であった。

図表 13 評価に要する時間 (MDS方式・MDS-HC方式)

	長い	ちょうどよい	短い	わからない	合計
介護老人保健施設	58 44.3%	65 49.6%	1 0.8%	7 5.3%	131 100.0%
介護老人福祉施設	24 35.8%	38 56.7%	1 1.5%	4 6.0%	67 100.0%
居宅介護支援事業所	72 43.9%	83 50.6%	3 1.8%	6 3.7%	164 100.0%
合計	154 42.5%	186 51.4%	5 1.4%	17 4.7%	362 100.0%

④ 評価の実施負担

- MDS方式・MDS-HC方式の評価の実施負担についての意見として、いずれのサービスにおいても「ちょうどよい」が5～6割、次いで「大きい」が3～5割であった。

図表 14 評価の実施負担（MDS方式・MDS-HC方式）

	大きい	ちょうどよい	小さい	わからない	合計
介護老人保健施設	62 47.3%	62 47.3%	0 0.0%	7 5.3%	131 100.0%
介護老人福祉施設	23 34.3%	37 55.2%	1 1.5%	6 9.0%	67 100.0%
居宅介護支援事業所	77 47.0%	80 48.8%	2 1.2%	5 3.0%	164 100.0%
合計	162 44.8%	179 49.4%	3 0.8%	18 5.0%	362 100.0%

2) 居宅サービス計画ガイドライン方式

① 項目数

- 居宅サービス計画ガイドライン方式の項目数についての意見として、居宅介護支援事業所では「十分」が66.4%と最も高く、次いで「多い」が27.6%であった。

図表 15 項目数（居宅サービス計画ガイドライン方式）

	多い	十分	不足している	わからない	合計
介護老人保健施設	3 16.7%	12 66.7%	1 5.6%	2 11.1%	18 100.0%
介護老人福祉施設	1 3.7%	25 92.6%	0 0.0%	1 3.7%	27 100.0%
居宅介護支援事業所	110 27.6%	265 66.4%	20 5.0%	4 1.0%	399 100.0%
合計	114 25.7%	302 68.0%	21 4.7%	7 1.6%	444 100.0%

② 評価のしやすさ

- 居宅サービス計画ガイドライン方式の評価のしやすさについての意見として、居宅介護支援事業所では「ちょうどよい」が62.9%と最も高く、次いで「難しい」が27.8%であった。

図表 16 評価のしやすさ（居宅サービス計画ガイドライン方式）

	難しい	ちょうどよい	容易い	わからない	合計
介護老人保健施設	6 33.3%	7 38.9%	1 5.6%	4 22.2%	18 100.0%
介護老人福祉施設	1 3.7%	22 81.5%	4 14.8%	0 0.0%	27 100.0%
居宅介護支援事業所	111 27.8%	251 62.9%	10 2.5%	27 6.8%	399 100.0%
合計	118 26.6%	280 63.1%	15 3.4%	31 7.0%	444 100.0%

③ 評価に要する時間

- 居宅サービス計画ガイドライン方式の評価に要する時間についての意見として、居宅介護支援事業所では「ちょうどよい」が51.6%と最も高く、次いで「長い」が42.9%であった。

図表 17 評価に要する時間（居宅サービス計画ガイドライン方式）

	長い	ちょうどよい	短い	わからない	合計
介護老人保健施設	7 38.9%	9 50.0%	0 0.0%	2 11.1%	18 100.0%
介護老人福祉施設	6 22.2%	21 77.8%	0 0.0%	0 0.0%	27 100.0%
居宅介護支援事業所	171 42.9%	206 51.6%	2 0.5%	20 5.0%	399 100.0%
合計	184 41.4%	236 53.2%	2 0.5%	22 5.0%	444 100.0%

④ 評価の実施負担

- 居宅サービス計画ガイドライン方式の評価の実施負担についての意見として、居宅介護支援事業所では「ちょうどよい」が50.6%と最も高く、次いで「大きい」が44.6%であった。

図表 18 評価の実施負担（居宅サービス計画ガイドライン方式）

	大きい	ちょうどよい	小さい	わからない	合計
介護老人保健施設	8 44.4%	8 44.4%	0 0.0%	2 11.1%	18 100.0%
介護老人福祉施設	6 22.2%	21 77.8%	0 0.0%	0 0.0%	27 100.0%
居宅介護支援事業所	178 44.6%	202 50.6%	7 1.8%	12 3.0%	399 100.0%
合計	192 43.2%	231 52.0%	7 1.6%	14 3.2%	444 100.0%

3) 包括的自立支援プログラム方式

① 項目数

- 包括的自立支援プログラム方式の項目数についての意見として、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「十分」がそれぞれ76.8%、72.6%と最も高く、次いで「多い」がそれぞれ13.3%、13.6%であった。

図表 19 項目数（包括的自立支援プログラム方式）

	多い	十分	不足している	わからない	合計
介護老人保健施設	44 13.3%	255 76.8%	23 6.9%	10 3.0%	332 100.0%
介護老人福祉施設	76 13.6%	405 72.6%	66 11.8%	11 2.0%	558 100.0%
居宅介護支援事業所	9 19.6%	30 65.2%	6 13.0%	1 2.2%	46 100.0%
合計	129 13.8%	690 73.7%	95 10.1%	22 2.4%	936 100.0%

② 評価のしやすさ

- 包括的自立支援プログラム方式の評価のしやすさについての意見として、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「ちょうどよい」がそれぞれ71.7%、68.6%と最も高く、次いで「難しい」がそれぞれ16.9%、22.8%であった。

図表 20 評価のしやすさ（包括的自立支援プログラム方式）

	難しい	ちょうどよい	容易い	わからない	合計
介護老人保健施設	56 16.9%	238 71.7%	24 7.2%	14 4.2%	332 100.0%
介護老人福祉施設	127 22.8%	383 68.6%	29 5.2%	19 3.4%	558 100.0%
居宅介護支援事業所	10 21.7%	30 65.2%	2 4.3%	4 8.7%	46 100.0%
合計	193 20.6%	651 69.6%	55 5.9%	37 4.0%	936 100.0%

③ 評価に要する時間

- 包括的自立支援プログラム方式の評価に要する時間についての意見として、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「ちょうどよい」がそれぞれ66.6%、67.4%と最も高く、次いで「長い」がそれぞれ26.2%、24.4%であった。

図表 21 評価に要する時間（包括的自立支援プログラム方式）

	長い	ちょうどよい	短い	わからない	合計
介護老人保健施設	87 26.2%	221 66.6%	7 2.1%	17 5.1%	332 100.0%
介護老人福祉施設	136 24.4%	376 67.4%	21 3.8%	25 4.5%	558 100.0%
居宅介護支援事業所	14 30.4%	29 63.0%	0 0.0%	3 6.5%	46 100.0%
合計	237 25.3%	626 66.9%	28 3.0%	45 4.8%	936 100.0%

④ 評価の実施負担

- 包括的自立支援プログラム方式の評価の実施負担についての意見として、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「ちょうどよい」がそれぞれ62.0%、63.6%と最も高く、次いで「大きい」がそれぞれ31.9%、30.8%であった。

図表 22 評価の実施負担（包括的自立支援プログラム方式）

	大きい	ちょうどよい	小さい	わからない	合計
介護老人保健施設	106 31.9%	206 62.0%	7 2.1%	13 3.9%	332 100.0%
介護老人福祉施設	172 30.8%	355 63.6%	9 1.6%	22 3.9%	558 100.0%
居宅介護支援事業所	14 30.4%	29 63.0%	0 0.0%	3 6.5%	46 100.0%
合計	292 31.2%	590 63.0%	16 1.7%	38 4.1%	936 100.0%

4) R4

① 項目数

- R4の項目数についての意見として、介護老人保健施設では「十分」が78.8%と最も高く、次いで「不足している」が12.6%であった。

図表 23 項目数 (R4)

	多い	十分	不足している	わからない	合計
介護老人保健施設	16 6.9%	182 78.8%	29 12.6%	4 1.7%	231 100.0%
介護老人福祉施設	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 100.0%
居宅介護支援事業所	0 0.0%	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	3 100.0%
合計	16 6.8%	185 78.4%	31 13.1%	4 1.7%	236 100.0%

② 評価のしやすさ

- R4の評価のしやすさについての意見として、介護老人保健施設では「ちょうどよい」が71.9%と最も高く、「容易い」が15.2%、「難しい」が11.3%であった。

図表 24 評価のしやすさ (R4)

	難しい	ちょうどよい	容易い	わからない	合計
介護老人保健施設	26 11.3%	166 71.9%	35 15.2%	4 1.7%	231 100.0%
介護老人福祉施設	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
居宅介護支援事業所	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
合計	28 11.9%	169 71.6%	35 14.8%	4 1.7%	236 100.0%

③ 評価に要する時間

- R4の評価に要する時間についての意見として、介護老人保健施設では「ちょうどよい」が75.8%と最も高く、次いで「長い」が14.3%であった。

図表 25 評価に要する時間 (R4)

	長い	ちょうどよい	短い	わからない	合計
介護老人保健施設	33 14.3%	175 75.8%	16 6.9%	7 3.0%	231 100.0%
介護老人福祉施設	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
居宅介護支援事業所	1 33.3%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
合計	34 14.4%	179 75.8%	16 6.8%	7 3.0%	236 100.0%

④ 評価の実施負担

- R4 の評価の実施負担についての意見として、介護老人保健施設では「ちょうどよい」が 73.2% と最も高く、次いで「大きい」が 16.5%であった。

図表 26 評価の実施負担 (R4)

	大きい	ちょうどよい	小さい	わからない	合計
介護老人保健施設	38 16.5%	169 73.2%	14 6.1%	10 4.3%	231 100.0%
介護老人福祉施設	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
居宅介護支援事業所	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
合計	40 16.9%	172 72.9%	14 5.9%	10 4.2%	236 100.0%

5) 栄養に関する評価の実施状況

① 利用者の栄養の評価状況

- 利用者の栄養の評価状況について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設のどちらも「全利用者について実施している」が 9 割超であった。

図表 27 利用者の栄養の評価状況

	全利用者について実施している	一部の利用者について実施している	実施していない	合計
介護老人保健施設	1082 95.1%	44 3.9%	12 1.1%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	1064 94.1%	38 3.4%	29 2.6%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	—	—	—	—
合計	2146 94.6%	82 3.6%	41 1.8%	2269 100.0%

② 入所時における身長測定

- 入所時における身長測定について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設のどちらも「全利用者について実施している」が約 8 割であった。

図表 28 入所時における身長測定

	全利用者について実施している	一部の利用者について実施している	実施していない	合計
介護老人保健施設	879 77.2%	166 14.6%	93 8.2%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	861 76.1%	138 12.2%	132 11.7%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	—	—	—	—
合計	1740 76.7%	304 13.4%	225 9.9%	2269 100.0%

③ 入所時における体重の測定

- 入所時における体重の測定について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設のどちらも「全利用者について実施している」が9割超であった。

図表 29 入所時における体重の測定

	全利用者について実施している	一部の利用者について実施している	実施していない	合計
介護老人保健施設	1062 93.3%	54 4.7%	22 1.9%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	1070 94.6%	31 2.7%	30 2.7%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	-	-	-	-
合計	2132 94.0%	85 3.7%	52 2.3%	2269 100.0%

(4) 褥瘡に関する評価の実施状況

① 褥瘡の評価状況（褥瘡の深さ、広さ、色等）

- 褥瘡の評価状況（褥瘡の深さ、広さ、色等）について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「全利用者について実施している」が6~7割と最も高く、次いで「一部の利用者について実施している」が3~4割であった。

図表 30 褥瘡の評価状況

	全利用者について実施している	一部の利用者について実施している	実施していない	合計
介護老人保健施設	690 60.6%	416 36.6%	32 2.8%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	737 65.2%	347 30.7%	47 4.2%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	-	-	-	-
合計	1427 62.9%	763 33.6%	79 3.5%	2269 100.0%

(5) 要介護認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況

1) 利用者の要介護認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況

- 利用者の要介護認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況について、介護老人保健施設では「一部の利用者について保有している」が40.3%と最も高く、次いで「保有していない」が39.2%であった。
- 介護老人福祉施設では「全利用者について保有している」が44.9%と最も高く、次いで「一部の利用者について保有している」が32.0%であった。
- 居宅介護支援事業所では「全利用者について保有している」が85.3%であった。

図表 31 要介護認定調査における基本調査（74 項目）結果の保有状況

	全利用者について保有している	一部の利用者について保有している	保有していない	合計
介護老人保健施設	233 20.5%	459 40.3%	446 39.2%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	508 44.9%	362 32.0%	261 23.1%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	906 85.3%	136 12.8%	20 1.9%	1062 100.0%
合計	1647 49.4%	957 28.7%	727 21.8%	3331 100.0%

2) 「全利用者について保有している」、「一部の利用者について保有している」を選択した場合、要介護認定調査結果の情報提供に関する申請の実施状況

- 介護老人保健施設では「保有している一部の調査結果について、情報提供を申請し、入手した」が 44.4%と最も高く、「調査結果の情報提供を申請したことはない」、「保有している全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した」が約 3 割であった。
- 介護老人福祉施設では「保有している全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した」が 52.5%と最も高く、次いで「保有している一部の調査結果について、情報提供を申請し、入手した」が 35.3%であった。居宅介護支援事業所では「保有している全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した」が 86.4%と最も高かった。

図表 32 「全利用者について保有している」、「一部の利用者について保有している」を選択した場合、要介護認定調査結果の情報提供に関する申請の実施状況

	保有している全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した	保有している一部の調査結果について、情報提供を申請し、入手した	調査結果の情報提供を申請したことはない	合計
介護老人保健施設	182 26.3%	307 44.4%	203 29.3%	692 100.0%
介護老人福祉施設	457 52.5%	307 35.3%	106 12.2%	870 100.0%
居宅介護支援事業所	900 86.4%	129 12.4%	13 1.2%	1042 100.0%
合計	1539 59.1%	743 28.5%	322 12.4%	2604 100.0%

VII アセスメント様式等の互換性調査（利用者調査）

1. 調査概要

（1）目的

介護施設・事業所で使用されている各アセスメント様式とデータ項目 ver.2 の読み替え可能性を把握するために、データ項目 ver.2 とその他のアセスメント様式それぞれでアセスメントを実施し、その読み替え可能性を検証することを目的とした。

（2）調査対象

- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援のサービス利用者を調査対象とした。
- 調査対象は「VI アセスメント様式等の実態調査」の調査対象施設・事業所において、定員・利用者のうち、単純無作為抽出法により抽出した。抽出率は約 1/50（定員・利用者 50 人あたり 1 人）とした。

（3）調査方法

- 「VI アセスメント様式等の実態調査」の Web サイトを通して電子調査票（Excel ファイル形式）を配布、回収した。

（4）調査項目

- 利用者の状態について、データ項目 ver.2 や各種アセスメント様式等のアセスメント項目、及び要介護認定調査項目を設問として設定した。
- 調査項目は以下の通りである。

図表 33 利用者調査 調査項目

調査項目	設問
利用者の基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢 ・入所時の身長・体重（※施設のみ） ・要介護度 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ・障害高齢者の日常生活自立度 ・事業所の利用開始年月 ・現在利用しているサービス（※居宅のみ） ・認定調査における基本調査結果（74項目）の保有状況 ・データ項目 ver.2 の項目
アセスメント情報	<ul style="list-style-type: none"> ・情報の有無 ・アセスメント実施年月 ・評価者の所属、勤務形態、勤続年数 ・評価者の基礎資格、経験年数 ・主任介護支援専門員資格の有無、経験年数
アセスメント結果 ※施設・事業所において情報を保有している様式についてのみ記入	<p>（以下の様式等のアセスメント項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インターライ方式 ・MDS方式・MDS-HC方式 ・居宅サービス計画ガイドライン方式 ・ケアマネジメント実践記録様式 ・TAI方式・TAI-HC方式 ・日本訪問看護振興財団方式 ・日本介護福祉士会方式 ・包括的自立支援プログラム方式 ・R4 ・Barthel Index ・FIM ・長谷川式簡易知能評価スケール ・Mini Mental State Examination (MMSE) ・要介護認定調査項目

(5) 調査結果概要

【ADLの状況について】

- MDS方式・MDS-HC方式の「自立」～「観察」、居宅サービス計画ガイドライン方式や包括的自立支援プログラム方式の「介助されていない／自立」～「見守り等」等では「自分でやっている」の割合が高かった。R4の判定レベルは該当するデータ項目 ver.2の回答と概ね一致していた。

【基本動作について】

- MDS方式・MDS-HC方式の「自立」～「観察」、居宅サービス計画ガイドライン方式、包括的自立支援プログラム方式の「つかまらないでできる」～「何かにつかまればできる」等では「自分でやっている」の割合が高かった。R4の判定レベルは該当するデータ項目 ver.2の回答と概ね一致していた。

【見当識・コミュニケーションについて】

- 見当識について、居宅サービス計画ガイドライン方式や包括的自立支援プログラム方式では回答の一致率が6割程度に留まった。
- コミュニケーションについて、MDS方式・MDS-HC方式の「できる」～「しばしばできる」、包括的自立支援プログラム方式の「できる」～「ときどきできる」等では「できる」の割合が高かった。

2. 調査結果

(1) 回収状況

回収状況は以下の通りであった。

図表 34 回収状況（利用者調査）

	発出数	回収数	有効回収数	回収率
介護老人保健施設	4,210	1,381	1,313	※利用者調査は、回答数が施設・事業所ごとに異なり、母数が把握できないため、回収率は算出しない
介護老人福祉施設	3,800	1,367	1,302	
居宅介護支援事業所	3,900	1,449	1,327	

※以下の調査結果については、分析対象数の関係から、割合は整数表記とする。

(2) ADL の状況

1) 入浴

- MDS 方式・MDS-HC 方式において「ADL 自立度（入浴 過去 7 日間）」が「自立」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・入浴」を「自分でやっている」と回答した割合は 100%、「準備のみ」では 100%であった。
- 「観察」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・入浴」を「自分でやっていない」と回答した割合は 54%であった。「部分的な援助」、「広範な援助」、「最大の援助」、「全面依存」の場合、それぞれ 81%、96%、100%、100%であった。

図表 35 ADL 自立度（入浴 過去 7 日間）（MDS 方式・MDS-HC 方式）
× ADL の状況・入浴（データ項目 ver.2）

MDS方式・MDS-HC方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況	入浴		
ADL自立度 (入浴 過去 7日間)		自分で行っ ている	自分で行っ ていない	無回答	
0 自立:手助け,準備,観察は不要.1~2回のみ		15 100%	0 0%	0 0%	15 100%
1 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上		5 100%	0 0%	0 0%	5 100%
2 観察:見守り,励まし,誘導が3回以上,あるいは,1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)		13 46%	15 54%	0 0%	28 100%
3 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできる.四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上.それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)。		7 17%	34 81%	1 2%	42 100%
4 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできるが,以下の援助を3回以上.体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。		1 4%	26 96%	0 0%	27 100%
5 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分でできず,以下の援助を3回以上.体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。		0 0%	26 100%	0 0%	26 100%
6 全面依存:まる7日間すべての面で他者が全面援助した		0 0%	59 100%	0 0%	59 100%
8 本動作は7日間の間に1回もなかった		0 0%	3 100%	0 0%	3 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「洗身」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・入浴」を「自分でやっている」と回答した割合は 86%であった。「一部介助」、「全介助」、「行っていない」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・入浴」を「自分で行っていない」と回答した割合はそれぞれ 79%、94%、85%であった。

**図表 36 洗身（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADL の状況・入浴（データ項目 ver.2）**

データ項目ver.2 居宅サービス 計画ガイドライン方式		ADLの状況 入浴			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
洗身	1 介助されていない	50 86%	8 14%	0 0%	58 100%
	2 一部介助	26 20%	100 79%	1 1%	127 100%
	3 全介助	5 6%	80 94%	0 0%	85 100%
	4 行っていない	4 15%	23 85%	0 0%	27 100%

- 包括的自立支援プログラム方式において「洗身」が「自立」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・入浴」を「自分で行っていない」と回答した割合は 88%であった。「一部介助」、「全介助」、「行っていない」の場合、それぞれ 92%、99%、100%であった。
- 「洗身・一部介助」、「洗身・全介助」が「あり」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・入浴」を「自分で行っていない」と回答した割合はそれぞれ 91%、100%であった。

図表 37 洗身（包括的自立支援プログラム方式）×ADL の状況・入浴（データ項目 ver.2）

データ項目ver.2 包括的 自立支援プログラム方式		ADLの状況 入浴			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
洗身	1 自立	2 12%	15 88%	0 0%	17 100%
	2 一部介助	10 8%	122 92%	0 0%	132 100%
	3 全介助	3 1%	272 99%	0 0%	275 100%
	4 行っていない	0 0%	12 100%	0 0%	12 100%

図表 38 洗身介助（包括的自立支援プログラム方式）×ADL の状況・入浴（データ項目 ver.2）

データ項目ver.2 包括的 自立支援プログラム方式		ADLの状況 入浴			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
洗身・一部介助	1 あり	13 9%	135 91%	0 0%	148 100%
洗身・全介助	1 あり	1 0%	273 100%	0 0%	274 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「入浴動作」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・入浴」を「自分で行っていない」と回答した割合は 67%であった。「レベル4」「レベル3」、「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ 71%、91%、98%、100%であった。

図表 39 入浴動作（R4（生活機能アセスメント））×ADL の状況・入浴（データ項目 ver.2）

R4		データ項目 ver.2		ADL の状況 入浴			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答			
入浴動作	1（レベル1）入浴は行っていない	0 0%	3 100%	0 0%	3 100%	0	3
	2（レベル2）浴室内での座位保持を行っておらず、一般浴での入浴を行っていないが、入浴（特浴など）は行っている	1 2%	55 98%	0 0%	56 100%	0	56
	3（レベル3）第三者の援助なしで入浴することは行っていないが、一般浴室内での座位保持は行っている。その他、入浴に必要な様々な介助がなされている	10 9%	99 91%	0 0%	109 100%	0	109
	4（レベル4）安定した浴槽の出入りと洗身は行っていないが、第三者の援助なしで入浴を行っている	1 14%	5 71%	1 14%	7 100%	1	7
	5（レベル5）安定した浴槽の出入りと洗身を行っている	1 33%	2 67%	0 0%	3 100%	0	3

2) 排泄（排尿）

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「排尿」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・排泄（排尿）」を「自分で行っている」と回答した割合は 97%であった。「見守り等」、「一部介助」の場合、それぞれ 90%、57%であった。
- 「全介助」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・排泄（排尿）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 94%であった。

**図表 40 排尿（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADL の状況・排泄（排尿）（データ項目 ver.2）**

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2		ADL の状況 排泄（排尿）			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答			
排尿	1 介助されていない	116 97%	3 3%	0 0%	119 100%	0	119
	2 見守り等	36 90%	4 10%	0 0%	40 100%	0	40
	3 一部介助	50 57%	36 41%	1 1%	87 100%	1	87
	4 全介助	3 6%	47 94%	0 0%	50 100%	0	50

- 包括的自立支援プログラム方式において、「排尿」が「自立」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・排泄（排尿）」を「自分で行っている」と回答した割合は 74%、「見守り等」では 59%であった。「一部介助」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・排泄（排尿）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 77%、「全介助」では 99%であった。
- 「排尿動作援助」が「あり」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・排泄（排尿）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 94%であった。

図表 41 排尿（包括的自立支援プログラム方式）×ADL の状況・排泄（排尿）（データ項目 ver. 2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2		ADL の状況 排泄（排尿）			合計		
		ADL の状況	排泄（排尿）	自分で行っている	自分で行っていない	無回答			
排尿	1 自立	42	15	0	57	74%	26%	0%	100%
	2 見守り等	13	9	0	22	59%	41%	0%	100%
	3 一部介助	23	79	0	102	23%	77%	0%	100%
	4 全介助	3	252	0	255	1%	99%	0%	100%

図表 42 排尿動作援助（包括的自立支援プログラム方式）
×ADL の状況・排泄（排尿）（データ項目 ver. 2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2		ADL の状況 排泄（排尿）			合計		
		ADL の状況	排泄（排尿）	自分で行っている	自分で行っていない	無回答			
排尿動作援助	1 あり	6	99	0	105	6%	94%	0%	100%

- R4（生活機能アセスメント）において、「排泄の動作」が「レベル 5」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・排泄（排尿）」を「自分で行っている」と回答した割合は 84%であった。
- 「レベル 4」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・排泄（排尿）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 62%であった。「レベル 3」、「レベル 2」、「レベル 1」の場合、それぞれ 80%、97%、100%であった。

図表 43 排泄の動作（R4（生活機能アセスメント））
×ADL の状況・排泄（排尿）（データ項目 ver. 2）

R4		データ項目 ver.2		ADL の状況 排泄（排尿）			合計		
		ADL の状況	排泄（排尿）	自分で行っている	自分で行っていない	無回答			
排泄の動作	1（レベル1）尿閉や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している	0	17	0	17	0%	100%	0%	100%
	2（レベル2）洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている	1	30	0	31	3%	97%	0%	100%
	3（レベル3）ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている	10	39	0	49	20%	80%	0%	100%
	4（レベル4）排泄の後始末は行っていないがズボン・パンツの上げ下ろしは行っている	14	23	0	37	38%	62%	0%	100%
	5（レベル5）排泄の後始末を行っている	37	6	1	44	84%	14%	2%	100%

3) 排泄（排便）

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「排便」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・排泄（排便）」を「自分で行っている」と回答した割合は 95%であった。「見守り等」、「一部介助」の場合、それぞれ 76%、56%であった。
- 「全介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・排泄（排便）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 94%であった。

**図表 44 排便（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADL の状況・排泄（排便）（データ項目 ver. 2）**

データ項目 ver.2 居宅サービス 計画ガイドライン方式		ADLの状況 排泄(排便)			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
排便	1 介助されていない	127 95%	4 3%	2 2%	133 100%
	2 見守り等	28 76%	9 24%	0 0%	37 100%
	3 一部介助	42 56%	33 44%	0 0%	75 100%
	4 全介助	3 6%	48 94%	0 0%	51 100%

- 包括的自立支援プログラム方式において「排便」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・排泄（排便）」を「自分で行っている」と回答した割合は 73%、「見守り等」では 58%であった。「一部介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・排泄（排便）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 77%、「全介助」では 99%であった。
- 「排便動作援助」が「あり」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・排泄（排便）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 97%であった。

図表 45 排便（包括的自立支援プログラム方式）×ADL の状況・排泄（排便）（データ項目 ver. 2）

データ項目 ver.2 包括的 自立支援プログラム方式		ADLの状況 排泄(排便)			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
排便	1 自立	37 73%	14 27%	0 0%	51 100%
	2 見守り等	14 58%	10 42%	0 0%	24 100%
	3 一部介助	23 23%	79 77%	0 0%	102 100%
	4 全介助	2 1%	257 99%	0 0%	259 100%

**図表 46 排便動作援助（包括的自立支援プログラム方式）
×ADL の状況・排泄（排便）（データ項目 ver. 2）**

データ項目 ver.2 包括的 自立支援プログラム方式		ADLの状況 排泄(排便)			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
排便動作援助	1 あり	3 3%	104 97%	0 0%	107 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「排泄の動作」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・排泄（排便）」を「自分でやっている」と回答した割合は82%であった。
- 「レベル4」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・排泄（排便）」を「自分でやっていない」と回答した割合は65%であった。「レベル3」、「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ84%、97%、100%であった。

図表 47 排泄の動作（R4（生活機能アセスメント））
×ADLの状況・排泄（排便）（データ項目 ver.2）

データ項目 ver.2		ADLの状況 排泄(排便)			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
R4 排泄動作	1（レベル1）尿閉や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している	0 0%	17 100%	0 0%	17 100%
	2（レベル2）洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている	1 3%	30 97%	0 0%	31 100%
	3（レベル3）ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている	8 16%	41 84%	0 0%	49 100%
	4（レベル4）排泄の後始末は行っていないがズボン・パンツの上げ下ろしは行っている	13 35%	24 65%	0 0%	37 100%
	5（レベル5）排泄の後始末を行っている	36 82%	7 16%	1 2%	44 100%

4) 食事摂取

- MDS方式・MDS-HC方式において「ADL自立度（食事）」が「自立」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・食事摂取」を「自分でやっている」と回答した割合は97%であった。「準備のみ」、「観察」、「部分的な援助」の場合、それぞれ94%、95%、64%であった。
- 「広範な援助」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・食事摂取」を「自分でやっていない」と回答した割合は67%であった。「最大の援助」、「全面依存」の場合、それぞれ83%、100%であった。

図表 48 ADL自立度（食事）（MDS方式・MDS-HC方式）
×ADLの状況・食事摂取（データ項目 ver.2）

データ項目 ver.2		ADLの状況 食事摂取			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
MDS方式・MDS-HC方式 ADL自立度（食事）	0 自立：手助け、準備、観察は不要。1～2回のみ	71 97%	1 1%	1 1%	73 100%
	1 準備のみ：物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上	45 94%	3 6%	0 0%	48 100%
	2 観察：見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1～2回との組み合わせ（観察と身体援助合わせて3回以上）	40 95%	2 5%	0 0%	42 100%
	3 部分的な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を3回以上。それ以上の援助1～2回との組み合わせ（身体援助が3回以上）。	7 64%	4 36%	0 0%	11 100%
	4 広範な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、以下の援助を3回以上。体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）。ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助。	2 33%	4 67%	0 0%	6 100%
	5 最大の援助：動作の一部（50%未満）しか自分でできず、以下の援助を3回以上。体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）。ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助。	1 17%	5 83%	0 0%	6 100%
	6 全面依存：まる3日間すべての面で他者が全面援助した	0 0%	18 100%	0 0%	18 100%
	8 本動作は3日間の間に1回もなかった	1 50%	1 50%	0 0%	2 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「食事摂取」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっている」と回答した割合は 98%、「見守り等」では 97%であった。
- 「一部介助」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっていない」と回答した割合は 56%、「全介助」では 95%であった。

**図表 49 食事摂取（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADL の状況・食事摂取（データ項目 ver.2）**

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2		無回答	合計
		ADL の状況	食事摂取		
		自分でやっている	自分でやっていない		
食事摂取	1 介助されていない	228 98%	3 1%	1 0%	232 100%
	2 見守り等	32 97%	1 3%	0 0%	33 100%
	3 一部介助	4 44%	5 56%	0 0%	9 100%
	4 全介助	1 5%	21 95%	0 0%	22 100%

- 包括的自立支援プログラム方式において「食事摂取」が「自立」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっている」と回答した割合は 94%であった。「見守り等」、「一部介助」の場合、それぞれ 98%、68%であった。
- 「全介助」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっていない」と回答した割合は 99%であった。
- 「食事等の摂取介助・一部介助」が「あり」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっている」と回答した割合は 67%であった。「食事等の摂取介助・全介助」が「あり」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっていない」と回答した割合は 88%であった。

図表 50 食事摂取（包括的自立支援プログラム方式）×ADL の状況・食事摂取（データ項目 ver.2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2		無回答	合計
		ADL の状況	食事摂取		
		自分でやっている	自分でやっていない		
食事摂取	1 自立	148 94%	9 6%	1 1%	158 100%
	2 見守り等	108 98%	2 2%	0 0%	110 100%
	3 一部介助	45 68%	21 32%	0 0%	66 100%
	4 全介助	1 1%	101 99%	0 0%	102 100%

図表 51 食事等の摂取介助（包括的自立支援プログラム方式）
×ADL の状況・食事摂取（データ項目 ver.2）

包括的自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2		ADL の状況 食事摂取			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
食事等の摂取介助・一部介助	1 あり	56 67%	27 33%	0 0%		83 100%	
食事等の摂取介助・全介助	1 あり	8 11%	67 88%	1 1%		76 100%	

- R4（生活機能アセスメント）において「食事～食事動作および食事介助」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっている」と回答した割合は98%であった。「レベル4」、「レベル3」の場合、それぞれ95%、64%であった。
- 「レベル2」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・食事摂取」を「自分でやっていない」と回答した割合は95%、「レベル1」では100%であった。

図表 52 食事～食事動作および食事介助（R4（生活機能アセスメント））
×ADL の状況・食事摂取（データ項目 ver.2）

R4		データ項目 ver.2		ADL の状況 食事摂取			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
食事～食事動作および食事介助	1（レベル1）直接的な介助をしても食べることを行っていない	0 0%	7 100%	0 0%		7 100%	
	2（レベル2）食事の際に特別なセッティングをしても自分で食べることを行っていないが、直接的な介助があれば食べることを行っている	1 5%	19 95%	0 0%		20 100%	
	3（レベル3）自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている	9 64%	5 36%	0 0%		14 100%	
	4（レベル4）箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼししながらも何とか自分で食べることを行っている	42 95%	2 5%	0 0%		44 100%	
	5（レベル5）箸やフォークを使って食べこぼしをせず、上手に食べることを行っている	89 98%	1 1%	1 1%		91 100%	

5) 更衣（上衣）

- MDS 方式・MDS-HC 方式において「ADL 自立度（上半身の更衣）」が「自立」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・更衣（上衣）」を「自分でやっている」と回答した割合は93%であった。「準備のみ」、「観察」の場合、それぞれ86%、76%であった。
- 「部分的な援助」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・更衣（上衣）」を「自分でやっていない」と回答した割合は68%であった。「広範な援助」、「最大の援助」、「全面依存」の場合、それぞれ86%、95%、100%であった。

図表 53 ADL 自立度（上半身の更衣）（MDS 方式・MDS-HC 方式）
×ADL の状況・更衣（上衣）（データ項目 ver. 2）

MDS方式・MDS-HC方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況	更衣(上衣)		
ADL自立度 (上半身の 更衣)		自分で行っ ている	自分で行っ ていない	無回答	
0 自立:手助け, 準備, 観察は不要. 1~2回のみ		42 93%	2 4%	1 2%	45 100%
1 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上		18 86%	3 14%	0 0%	21 100%
2 観察:見守り, 励まし, 誘導が3回以上, あるいは, 1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ (観察と身体援助合わせて3回以上)		22 76%	7 24%	0 0%	29 100%
3 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支 えない援助を3回以上。それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)。		12 32%	25 68%	0 0%	37 100%
4 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできるが, 以下の援助を3回以上。体重を支える援助 (たとえば, 四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素, あるいはすべての動作について全面援助。		3 14%	18 86%	0 0%	21 100%
5 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分でできず, 以下の援助を3回以上。体重を支える援助(た とえば, 四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素, あるいはすべての動作について全面援助。		1 5%	18 95%	0 0%	19 100%
6 全面依存:まる3日間すべての面で他者が全面援助した		0 0%	33 100%	0 0%	33 100%
8 本動作は3日間の間に1回もなかった		0 0%	1 100%	0 0%	1 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「上衣の着脱」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・更衣(上衣)」を「自分で行っている」と回答した割合は 94%、「見守り等」では 73%であった。「一部介助」の場合、「自分で行っていない」と回答した割合は 61%、「全介助」では 97%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「上衣の着脱」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・更衣(上衣)」を「自分で行っている」と回答した割合は 75%、「見守り等」では 80%であった。「一部介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・更衣(上衣)」を「自分で行っていない」と回答した割合は 84%、「全介助」では 99%であった。

図表 54 上衣の着脱（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADL の状況・更衣（上衣）（データ項目 ver. 2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況	更衣(上衣)		
上衣の着脱		自分で行っ ている	自分で行っ ていない	無回答	
上衣の着脱	1 介助されていない	120 94%	5 4%	2 2%	127 100%
	2 見守り等	36 73%	13 27%	0 0%	49 100%
	3 一部介助	32 38%	51 61%	1 1%	84 100%
	4 全介助	1 3%	35 97%	0 0%	36 100%

図表 55 上衣の着脱（包括的自立支援プログラム方式）
×ADL の状況・更衣（上衣）（データ項目 ver.2）

包括的自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2		ADL の状況 更衣(上衣)			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
上衣の着脱	1 自立	36 75%	12 25%	0 0%	0 0%	48 100%	
	2 見守り等	32 80%	8 20%	0 0%	0 0%	40 100%	
	3 一部介助	24 16%	128 84%	1 1%	0 0%	153 100%	
	4 全介助	1 1%	194 99%	0 0%	0 0%	195 100%	

- R4（生活機能アセスメント）において「整容～衣服の着脱」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・更衣（上衣）」を「自分でやっている」と回答した割合は96%であった。「レベル4」、「レベル3」の場合、それぞれ68%、58%であった。
- 「レベル2」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・更衣（上衣）」を「自分でやっていない」と回答した割合は88%、「レベル1」では94%であった。

図表 56 整容～衣服の着脱（R4（生活機能アセスメント））
×ADL の状況・更衣（上衣）（データ項目 ver.2）

R4		データ項目 ver.2		ADL の状況 更衣(上衣)			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
整容～衣服の着脱	1（レベル1）上衣の片袖を通すことを自分でやっていない	2 6%	33 94%	0 0%	0 0%	35 100%	
	2（レベル2）更衣の際のボタンのかけはずしを自分でやっていないが、上衣の片袖を通すことは自分でやっている	4 12%	30 88%	0 0%	0 0%	34 100%	
	3（レベル3）ズボンやパンツの着脱を自分でやっていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分でやっている	23 58%	17 43%	0 0%	0 0%	40 100%	
	4（レベル4）衣服を畳んだり整理することを自分でやっていないが、ズボンやパンツの着脱は自分でやっている	28 68%	12 29%	1 2%	0 0%	41 100%	
	5（レベル5）衣服を畳んだり整理することを自分でやっている	26 96%	1 4%	0 0%	0 0%	27 100%	

6) 更衣（下衣）

- MDS 方式・MDS-HC 方式において「ADL 自立度（下半身の更衣）」が「自立」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・更衣（下衣）」を「自分でやっている」と回答した割合は95%であった。「準備のみ」、「観察」の場合、それぞれ75%、73%であった。
- 「部分的な援助」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・更衣（下衣）」を「自分でやっていない」と回答した割合は66%であった。「広範な援助」、「最大の援助」、「全面依存」の場合、それぞれ86%、100%、100%であった。

図表 57 ADL 自立度（下半身の更衣）（MDS方式・MDS-HC方式）
×ADLの状況・更衣（下衣）（データ項目 ver.2）

MDS方式・MDS-HC方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況	更衣(下衣)		
ADL自立度 (下半身の 更衣)		自分で行っ ている	自分で行っ ていない	無回答	
0 自立:手助け,準備,観察は不要.1~2回のみ		36 95%	1 3%	1 3%	38 100%
1 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上		9 75%	3 25%	0 0%	12 100%
2 観察:見守り,励まし,誘導が3回以上,あるいは,1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)		24 73%	9 27%	0 0%	33 100%
3 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできる.四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上.それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)。		10 34%	19 66%	0 0%	29 100%
4 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできるが,以下の援助を3回以上.体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える).ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。		3 14%	18 86%	0 0%	21 100%
5 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分でできず,以下の援助を3回以上.体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える).ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。		0 0%	15 100%	0 0%	15 100%
6 全面依存:まる3日間すべての面で他者が全面援助した		0 0%	57 100%	0 0%	57 100%
8 本動作は3日間の間に1回もなかった		0 0%	1 100%	0 0%	1 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「ズボン等の着脱」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・更衣（下衣）」を「自分で行っている」と回答した割合は94%、「見守り等」では70%であった。
- 「一部介助」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・更衣（下衣）」を「自分で行っていない」と回答した割合は60%、「全介助」では98%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「ズボン、パンツ等の着脱」が「自立」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・更衣（下衣）」を「自分で行っている」と回答した割合は62%、「見守り等」では72%であった。
- 「一部介助」の場合、データ項目 ver.2の「ADLの状況・更衣（下衣）」を「自分で行っていない」と回答した割合は84%、「全介助」では100%であった。

図表 58 ズボン等の着脱（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADLの状況・更衣（下衣）（データ項目 ver.2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況	更衣(下衣)		
ズボン等の 着脱		自分で行っ ている	自分で行っ ていない	無回答	
ズボン等の 着脱	1 介助されていない	106 94%	5 4%	2 2%	113 100%
	2 見守り等	31 70%	13 30%	0 0%	44 100%
	3 一部介助	37 39%	58 60%	1 1%	96 100%
	4 全介助	1 2%	42 98%	0 0%	43 100%

図表 59 ズボン、パンツ等の着脱（包括的自立支援プログラム方式）

×ADL の状況・更衣（下衣）（データ項目 ver. 2）

包括的自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2		ADLの状況 更衣(下衣)		合計
		自分でやっている	自分でやっていない	自分でやっている	自分でやっていない	
ズボン、パンツ等の着脱	1 自立	23	14	0	37	
		62%	38%	0%	100%	
	2 見守り等	13	5	0	18	
		72%	28%	0%	100%	
	3 一部介助	18	95	0	113	
		16%	84%	0%	100%	
	4 全介助	0	268	0	268	
		0%	100%	0%	100%	

- R4（生活機能アセスメント）において、「整容～衣服の着脱」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・更衣（下衣）」を「自分でやっている」と回答した割合は 89%、「レベル4」では 54%であった。
- 「レベル3」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・更衣（下衣）」を「自分でやっていない」と回答した割合は 75%であった。「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ 97%、100%であった。

図表 60 整容～衣服の着脱（R4（生活機能アセスメント））

×ADL の状況・更衣（下衣）（データ項目 ver. 2）

R4		データ項目 ver.2		ADLの状況 更衣(下衣)		合計
		自分でやっている	自分でやっていない	自分でやっている	自分でやっていない	
整容～衣服の着脱	1（レベル1）上衣の片袖を通すことを自分でやっていない	0	35	0	35	
		0%	100%	0%	100%	
	2（レベル2）更衣の際のボタンのかけはずしを自分でやっていないが、上衣の片袖を通すことは自分でやっている	1	33	0	34	
		3%	97%	0%	100%	
	3（レベル3）ズボンやパンツの着脱を自分でやっていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分でやっている	10	30	0	40	
	25%	75%	0%	100%		
4（レベル4）衣服を畳んだり整理することを自分でやっていないが、ズボンやパンツの着脱は自分でやっている	22	17	2	41		
	54%	41%	5%	100%		
5（レベル5）衣服を畳んだり整理することを自分でやっている	24	3	0	27		
	89%	11%	0%	100%		

7) 個人衛生（洗髪・整髪・爪切り）

- MDS 方式・MDS-HC 方式において「ADL 自立度（個人衛生）」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分でやっている」と回答した割合は 74%であった。
- 「準備のみ」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分でやっていない」と回答した割合は 50%であった。「観察」、「部分的な援助」、「広範な援助」、「最大の援助」、「全面依存」の場合、それぞれ 74%、81%、100%、88%、100%であった。

図表 61 ADL 自立度（個人衛生）（MDS 方式・MDS-HC 方式）
×ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）（データ項目 ver. 2）

MDS方式・MDS-HC方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況 個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)			
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
ADL自立度(個人衛生)	0 自立:手助け,準備,観察は不要.1~2回のみ	35 74%	11 23%	1 2%	47 100%
	1 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上	14 47%	15 50%	1 3%	30 100%
	2 観察:見守り,励まし,誘導が3回以上,あるいは,1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)	6 19%	23 74%	2 6%	31 100%
	3 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分で行える。四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上。それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)。	5 19%	22 81%	0 0%	27 100%
	4 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分で行えるが,以下の援助を3回以上。体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。	0 0%	11 100%	0 0%	11 100%
	5 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分で行えず,以下の援助を3回以上。体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。	2 12%	15 88%	0 0%	17 100%
	6 全面依存:まる3日間すべての面で他者が全面援助した	0 0%	41 100%	0 0%	41 100%
	8 本動作は3日間の間に1回もなかった	0 0%	2 100%	0 0%	2 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「つめ切り」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っている」と回答した割合は 87%、「一部介助」では 56%であった。
- 「全介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 77%であった。

図表 62 つめ切り（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）（データ項目 ver. 2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況 個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)			
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
つめ切り	1 介助されていない	60 87%	9 13%	0 0%	69 100%
	2 一部介助	30 56%	24 44%	0 0%	54 100%
	3 全介助	39 23%	133 77%	1 1%	173 100%

- 「洗顔」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っている」と回答した割合は 65%であった。「一部介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 80%、「全介助」では 93%であった。
- 「整髪」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っている」と回答した割合は 62%であった。「一部介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 82%、「全介助」では 91%であった。

図表 63 洗顔・整髪（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）（データ項目 ver. 2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況 個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)			
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
洗顔	1 介助されていない	106 65%	57 35%	1 1%	164 100%
	2 一部介助	18 20%	73 80%	0 0%	91 100%
	3 全介助	3 8%	37 93%	0 0%	40 100%
整髪	1 介助されていない	113 62%	69 38%	1 1%	183 100%
	2 一部介助	10 18%	46 82%	0 0%	56 100%
	3 全介助	5 9%	52 91%	0 0%	57 100%

- 包括的自立支援プログラム方式において「洗顔」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 66%であった。「一部介助」、「全介助」の場合、それぞれ 91%、99%であった。
- 「整髪」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 69%であった。「一部介助」、「全介助」の場合、それぞれ 89%、98%であった。
- 「つめ切り」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 73%であった。「一部介助」、「全介助」の場合、それぞれ 83%、92%であった。

図表 64 洗顔・整髪・つめ切り（包括的自立支援プログラム方式）
×ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）（データ項目 ver. 2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2			合計
		ADLの状況 個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)			
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
洗顔	1 自立	22 34%	43 66%	0 0%	65 100%
	2 一部介助	16 9%	169 91%	1 1%	186 100%
	3 全介助	2 1%	183 99%	0 0%	185 100%
整髪	1 自立	22 31%	49 69%	0 0%	71 100%
	2 一部介助	13 11%	107 89%	0 0%	120 100%
	3 全介助	5 2%	239 98%	1 0%	245 100%
つめ切り	1 自立	4 27%	11 73%	0 0%	15 100%
	2 一部介助	4 17%	19 83%	0 0%	23 100%
	3 全介助	32 8%	365 92%	1 0%	398 100%

- 「整容（結髪・整髪）」、「整容（爪切り）」が「介助あり」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合はそれぞれ 96%、91%であった。

図表 65 整容介助（包括的自立支援プログラム方式）
 ×ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）（データ項目 ver.2）

包括的自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2			合計
		ADL の状況	個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）		
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
整容（結髪・整髪）	介助あり	10 3%	283 96%	1 0%	294 100%
整容（爪切り）	介助あり	35 9%	368 91%	1 0%	404 100%

- R4（生活機能アセスメント）において、「整容～整容」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っている」と回答した割合は 100%であった。
- 「レベル4」の場合、データ項目 ver.2 の「ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）」を「自分で行っていない」と回答した割合は 70%であった。「レベル3」、「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ 87%、100%、100%であった。

図表 66 整容～整容（R4（生活機能アセスメント））
 ×ADL の状況・個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）（データ項目 ver.2）

R4		データ項目 ver.2			合計
		ADL の状況	個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）		
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
整容～整容	1（レベル1）手洗いを自分で行っていない	0 0%	29 100%	0 0%	29 100%
	2（レベル2）洗顔は自分で行っていないが、手洗いは自分で行っている	0 0%	13 100%	0 0%	13 100%
	3（レベル3）髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分で行っている	8 13%	55 87%	0 0%	63 100%
	4（レベル4）爪を切ることは自分で行っていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っている	19 28%	48 70%	2 3%	69 100%
	5（レベル5）爪を切ることを自分で行っている	3 100%	0 0%	0 0%	3 100%

（3）基本動作

1) 寝返り

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「寝返り」が「つかまらないでできる」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・寝返り」を「自分で行っている」と回答した割合は 95%、「何かつかまればできる」では 96%であった。「できない」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・寝返り」を「自分で行っていない」と回答した割合は 63%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「寝返り」が「つかまらないでできる」の場合、デー

タ項目 ver. 2 の「基本動作・寝返り」を「自分でやっている」と回答した割合は 91%、「何かにつかまればできる」では 84%であった。「できない」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・寝返り」を「自分で行っていない」と回答した割合は 97%であった。

図表 67 寝返り（居宅サービス計画ガイドライン方式）×基本動作・寝返り（データ項目 ver. 2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 寝返り			
		自分でやっている	自分で行っていない	無回答	
寝返り	1 つかまらないうでできる	84 95%	3 3%	1 1%	88 100%
	2 何かつかまればできる	163 96%	6 4%	0 0%	169 100%
	3 できない	14 35%	25 63%	1 3%	40 100%

図表 68 寝返り（包括的自立支援プログラム方式）×基本動作・寝返り（データ項目 ver. 2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 寝返り			
		自分でやっている	自分で行っていない	無回答	
寝返り	1 つかまらないうでできる	40 91%	4 9%	0 0%	44 100%
	2 何かにつかまればできる	201 84%	38 16%	1 0%	240 100%
	3 できない	5 3%	147 97%	0 0%	152 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「基本動作」が「レベル 5」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・寝返り」を「自分でやっている」と回答した割合は 95%であった。「レベル 4」、「レベル 3」の場合、それぞれ 97%、68%であった。
- 「レベル 2」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・寝返り」を「自分で行っていない」と回答した割合は 64%、「レベル 1」では 96%であった。

図表 69 基本動作（R4（生活機能アセスメント））×基本動作・寝返り（データ項目 ver. 2）

R4		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 寝返り			
		自分でやっている	自分で行っていない	無回答	
基本動作	1（レベル1）寝返りは行っていない	1 4%	25 96%	0 0%	26 100%
	2（レベル2）座位の保持は行っていないが、寝返りは行っている	5 36%	9 64%	0 0%	14 100%
	3（レベル3）座位での乗り移りは行っていないが、座位の保持は行っている	23 68%	11 32%	0 0%	34 100%
	4（レベル4）立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている	63 97%	2 3%	0 0%	65 100%
	5（レベル5）両足での立位の保持を行っている	37 95%	1 3%	1 3%	39 100%

2) 座位の保持

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「座位保持」が「できる」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・座位の保持」を「自分でやっている」と回答した割合は 97%であった。「自分の手で支えればできる」、「支えてもらえばできる」の場合、それぞれ 96%、51%であった。「でき

ない」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・座位の保持」を「自分で行っていない」と回答した割合は85%であった。

**図表 70 座位保持（居宅サービス計画ガイドライン方式）
× 基本動作・座位の保持（データ項目 ver.2）**

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2		基本動作 自分で行っ ている	座位の保持		合計
		自分で行っ ている	自分で行っ ていない		自分で行っ ていない	無回答	
座位保持	1 できる	103	3	97%	3%	0	106
						0	100%
	2 自分の手で支えればできる	104	4	96%	4%	0	108
						0	100%
	3 支えてもらえばできる	36	33	51%	47%	1	70
						1	100%
	4 できない	2	11	15%	85%	0	13
						0	100%

- 包括的自立支援プログラム方式において「座位保持」が「できる」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・座位の保持」を「自分で行っている」と回答した割合は93%、「自分の手で支えればできる」では89%であった。「支えてもらえばできる」の場合、「基本動作・座位の保持」を「自分で行っていない」と回答した割合は64%、「できない」では100%であった。

図表 71 座位保持（包括的自立支援プログラム方式）× 基本動作・座位の保持（データ項目 ver.2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2		基本動作 自分で行っ ている	座位の保持		合計
		自分で行っ ている	自分で行っ ていない		自分で行っ ていない	無回答	
座位保持	1 できる	81	6	93%	7%	0	87
						0	100%
	2 自分手で支えればできる	97	12	89%	11%	0	109
						0	100%
	3 支えてもらえばできる	70	125	36%	64%	0	195
						0	100%
	4 できない	0	45	0%	100%	0	45
						0	100%

- R4（生活機能アセスメント）において「基本動作」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・座位の保持」を「自分で行っている」と回答した割合は97%であった。「レベル4」、「レベル3」の場合、それぞれ97%、79%であった。
- 「レベル2」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・座位の保持」を「自分で行っていない」と回答した割合は64%、「レベル1」では92%であった。

図表 72 基本動作 (R4 (生活機能アセスメント)) × 基本動作・座位の保持 (データ項目 ver. 2)

R4		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 自分で行っている	座位の保持 自分で行っていない	無回答	
基本動作	1 (レベル1) 寝返りは行っていない	2 8%	24 92%	0 0%	26 100%
	2 (レベル2) 座位の保持は行っていないが、寝返りは行っている	5 36%	9 64%	0 0%	14 100%
	3 (レベル3) 座位での乗り移りは行っていないが、座位の保持は行っている	27 79%	7 21%	0 0%	34 100%
	4 (レベル4) 立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている	63 97%	2 3%	0 0%	65 100%
	5 (レベル5) 両足での立位の保持を行っている	38 97%	0 0%	1 3%	39 100%

3) 座位での乗り移り

- MDS 方式・MDS-HC 方式において「ADL 自立度 (移乗)」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・座位での乗り移り」を「自分で行っている」と回答した割合は 94%であった。「準備のみ」、「観察」の場合、それぞれ 80%、76%であった。
- 「部分的な援助」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・座位での乗り移り」を「自分で行っていない」と回答した割合は 62%であった。「広範な援助」、「最大の援助」、「全面依存」の場合、それぞれ 100%、87%、97%であった。

図表 73 ADL 自立度 (移乗) (MDS 方式・MDS-HC 方式)
× 基本動作・座位での乗り移り (データ項目 ver. 2)

MDS方式・MDS-HC方式		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 自分で行っている	座位での乗り移り 自分で行っていない	無回答	
ADL自立度 (移乗)	0 自立:手助け, 準備, 観察は不要. 1~2回のみ	68 94%	3 4%	1 1%	72 100%
	1 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上	16 80%	4 20%	0 0%	20 100%
	2 観察:見守り, 励まし, 誘導が3回以上, あるいは, 1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ (観察と身体援助合わせて3回以上)	22 76%	6 21%	1 3%	29 100%
	3 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできる.四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上.それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)。	8 38%	13 62%	0 0%	21 100%
	4 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできるが, 以下の援助を3回以上.体重を支える援助(たとえば, 四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素, あるいはすべての動作について全面援助。	0 0%	10 100%	0 0%	10 100%
	5 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分でできず, 以下の援助を3回以上.体重を支える援助(たとえば, 四肢や体幹の重みを支える)。ある動作要素, あるいはすべての動作について全面援助。	2 13%	13 87%	0 0%	15 100%
	6 全面依存.まる3日間すべての面で他者が全面援助した	1 3%	37 97%	0 0%	38 100%
	8 本動作は3日間の間に1回もなかった	0 0%	1 100%	0 0%	1 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「移乗」が「介助されていない」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・座位での乗り移り」を「自分で行っている」と回答した割合は 97%であった。「見守り等」、「一部介助」の場合、それぞれ 83%、51%であった。「全介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・座位での乗り移り」を「自分で行っていない」と回答した割合は 94%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「移乗」が「自立」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・座位での乗り移り」を「自分で行っている」と回答した割合は 89%、「見守り等」では 75%であった。「一部介助」の場合、データ項目 ver. 2 の「基本動作・座位での乗り移り」を「自

分で行っていない」と回答した割合は78%、「全介助」では98%であった。

図表 74 移乗（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×基本動作・座位での乗り移り（データ項目 ver.2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 自分で行っ ている	座位での乗り移り 自分で行っ ていない	無回答	
移乗	1 介助されていない	153 97%	5 3%	0 0%	158 100%
	2 見守り等	52 83%	10 16%	1 2%	63 100%
	3 一部介助	20 51%	19 49%	0 0%	39 100%
	4 全介助	2 6%	34 94%	0 0%	36 100%

図表 75 移乗（包括的自立支援プログラム方式）
×基本動作・座位での乗り移り（データ項目 ver.2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 自分で行っ ている	座位での乗り移り 自分で行っ ていない	無回答	
移乗	1 自立	48 89%	6 11%	0 0%	54 100%
	2 見守り等	46 75%	15 25%	0 0%	61 100%
	3 一部介助	27 22%	96 78%	0 0%	123 100%
	4 全介助	2 1%	195 98%	1 1%	198 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「基本動作」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2の「基本動作・座位での乗り移り」を「自分で行っている」と回答した割合は92%、「レベル4」では82%であった。
- 「レベル3」の場合、データ項目 ver.2の「基本動作・座位での乗り移り」を「自分で行っていない」と回答した割合は79%であった。「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ79%、100%であった。

図表 76 基本動作 (R4 (生活機能アセスメント))

×基本動作・座位での乗り移り (データ項目 ver.2)

R4		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 自分で行っている	座位での乗り移り 自分で行っていない	無回答	
基本動作	1 (レベル1) 寝返りは行っていない	0 0%	26 100%	0 0%	26 100%
	2 (レベル2) 座位の保持は行っていないが、寝返りは行っている	3 21%	11 79%	0 0%	14 100%
	3 (レベル3) 座位での乗り移りは行っていないが、座位の保持は行っている	7 21%	27 79%	0 0%	34 100%
	4 (レベル4) 立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている	53 82%	12 18%	0 0%	65 100%
	5 (レベル5) 両足での立位の保持を行っている	36 92%	2 5%	1 3%	39 100%

4) 立位の保持

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「両足での立位保持」が「支えなしでできる」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・立位の保持」を「自分で行っている」と回答した割合は96%、「何か支えがあればできる」では78%であった。「できない」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・立位の保持」を「自分で行っていない」と回答した割合は92%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「両足での立位保持」が「支えなしでできる」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・立位の保持」を「自分で行っている」と回答した割合は82%であった。「何か支えがあればできる」の場合、データ項目 ver.2 の「基本動作・立位の保持」を「自分で行っていない」と回答した割合は56%、「できない」では98%であった。

図表 77 両足での立位保持 (居宅サービス計画ガイドライン方式)

×基本動作・立位の保持 (データ項目 ver.2)

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 自分で行っている	立位の保持 自分で行っていない	無回答	
両足での立位保持	1 支えなしでできる	99 96%	3 3%	1 1%	103 100%
	2 何か支えがあればできる	114 78%	32 22%	0 0%	146 100%
	3 できない	3 6%	44 92%	1 2%	48 100%

図表 78 両足での立位保持 (包括的自立支援プログラム方式)

×基本動作・立位の保持 (データ項目 ver.2)

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2			合計
		基本動作 自分で行っている	立位の保持 自分で行っていない	無回答	
両足での立位保持	1 支えなしでできる	31 82%	7 18%	0 0%	38 100%
	2 何か支えがあればできる	89 44%	113 56%	1 0%	203 100%
	3 できない	3 2%	191 98%	1 1%	195 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「基本動作」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2の「基本動作・立位の保持」を「自分でやっている」と回答した割合は87%、「レベル4」のでは52%であった。
- 「レベル3」の場合、データ項目 ver.2の「基本動作・立位の保持」を「自分でやっていない」と回答した割合は74%であった。「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ93%、92%であった。

図表 79 基本動作（R4（生活機能アセスメント））×基本動作・立位の保持（データ項目 ver.2）

R4		データ項目ver.2			合計
		基本動作 自分でやっている	立位の保持 自分でやっていない	無回答	
基本動作	1（レベル1）寝返りは行っていない	2 8%	24 92%	0 0%	26 100%
	2（レベル2）座位の保持は行っていないが、寝返りは行っている	1 7%	13 93%	0 0%	14 100%
	3（レベル3）座位での乗り移りは行っていないが、座位の保持は行っている	9 26%	25 74%	0 0%	34 100%
	4（レベル4）立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている	34 52%	31 48%	0 0%	65 100%
	5（レベル5）両足での立位の保持を行っている	34 87%	4 10%	1 3%	39 100%

（4）見当識

1) 自分の名前

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「自分の名前を答える」ことが「できる」の場合、データ項目 ver.2の「見当識・自分の名前がわかりますか」を「はい」と回答した割合は98%、「できない」では63%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「自分の名前を答えることができる」が「できる」の場合、データ項目 ver.2の「見当識・自分の名前がわかりますか」を「はい」と回答した割合は98%であった。「できない」の場合、データ項目 ver.2の「見当識・自分の名前がわかりますか」を「いいえ」と回答した割合は60%であった。

図表 80 自分の名前を答える（居宅サービス計画ガイドライン方式）

×見当識・自分の名前がわかりますか（データ項目 ver.2）

データ項目ver.2		見当識 自分の名前がわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
居宅サービス 計画ガイドライン方式	自分の名前を答える					
	1 できる	273 98%	4 1%	1 0%	2 1%	280 100%
	2 できない	10 63%	3 19%	3 19%	0 0%	16 100%

図表 81 自分の名前を答えることができる（包括的自立支援プログラム方式）

×見当識・自分の名前がわかりますか（データ項目 ver.2）

データ項目ver.2		見当識 自分の名前がわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
包括的 自立支援プログラム方式	自分の名前を答えることができる					
	1 できる	338 98%	6 2%	2 1%	0 0%	346 100%
	2 できない	23 42%	54 60%	13 14%	0 0%	90 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～オリエンテーション（見当識）」が「レベル 5」の場合、データ項目 ver. 2 の「見当識・自分の名前がわかりますか」を「はい」と回答した割合は 98%であった。「レベル 4」、「レベル 3」、「レベル 2」の場合、それぞれ 100%、100%、79%であった。
- 「レベル 1」の場合、データ項目 ver. 2 の「見当識・自分の名前がわかりますか」を「いいえ」と回答した割合は 63%であった。

図表 82 認知機能～オリエンテーション（見当識）（R4（生活機能アセスメント））
×見当識・自分の名前がわかりますか（データ項目 ver. 2）

R4	データ項目 ver.2	見当識 自分の名前がわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能～オリエンテーション(見当識)	1 (レベル1)自分の名前がわからない	1 13%	5 63%	2 25%	0 0%	8 100%
	2 (レベル2)その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる	23 79%	5 17%	1 3%	0 0%	29 100%
	3 (レベル3)場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる	31 100%	0 0%	0 0%	0 0%	31 100%
	4 (レベル4)年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	55 100%	0 0%	0 0%	0 0%	55 100%
	5 (レベル5)年月日がわかる	53 98%	0 0%	0 0%	1 2%	54 100%

2) その場にいる人

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～オリエンテーション（見当識）」が「レベル 5」の場合、データ項目 ver. 2 の「見当識・その場にいる人がだれかわかりますか」を「はい」と回答した割合は 96%であった。「レベル 4」、「レベル 3」の場合、それぞれ 87%、65%であった。
- 「レベル 2」の場合、データ項目 ver. 2 の「見当識・その場にいる人がだれかわかりますか」を「いいえ」と回答した割合は 62%、「レベル 1」では 50%であった。

図表 83 認知機能 オリエンテーション（R4（生活機能アセスメント））
×見当識・その場にいる人がだれかわかりますか（データ項目 ver. 2）

R4	データ項目 ver.2	見当識 その場にいる人がだれかわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能～オリエンテーション(見当識)	1 (レベル1)自分の名前がわからない	1 13%	4 50%	3 38%	0 0%	8 100%
	2 (レベル2)その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる	8 28%	18 62%	3 10%	0 0%	29 100%
	3 (レベル3)場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる	20 65%	7 23%	4 13%	0 0%	31 100%
	4 (レベル4)年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	48 87%	7 13%	0 0%	0 0%	55 100%
	5 (レベル5)年月日がわかる	52 96%	1 2%	0 0%	1 2%	54 100%

3) どこにいるか

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「自分のいる場所を答える」が「できる」の場合、データ項目 ver.2 の「見当識・どこにいるかわかりますか」を「はい」と回答した割合は94%であった。「できない」の場合、データ項目 ver.2 の「見当識・どこにいるかわかりますか」を「いいえ」と回答した割合は65%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「自分がいる場所を答えることができる」が「できる」の場合、データ項目 ver.2 の「見当識・どこにいるかわかりますか」を「はい」と回答した割合は88%であった。「できない」の場合、データ項目 ver.2 の「見当識・どこにいるかわかりますか」を「いいえ」と回答した割合は85%であった。

図表 84 自分のいる場所を答える（居宅サービス計画ガイドライン方式）
×見当識・どこにいるかわかりますか（データ項目 ver.2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2 見当識 どこにいるかわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
自分のいる 場所を答える	1 できる	234 94%	13 5%	1 0%	2 1%	250 100%
	2 できない	13 28%	30 65%	3 7%	0 0%	46 100%

図表 85 自分がいる場所を答えることができる（包括的自立支援プログラム方式）
×見当識・どこにいるかわかりますか（データ項目 ver.2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2 見当識 どこにいるかわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
自分がいる 場所を答える ことができる	1 できる	176 88%	20 10%	3 2%	0 0%	199 100%
	2 できない	19 8%	201 85%	17 7%	0 0%	237 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～オリエンテーション（見当識）」が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2 の「見当識・どこにいるかわかりますか」を「はい」と回答した割合は93%、「レベル4」では80%であった。
- 「レベル3」の場合、データ項目 ver.2 の「見当識・どこにいるかわかりますか」を「いいえ」と回答した割合は55%であった。「レベル2」、「レベル1」ではそれぞれ83%、50%であった。

図表 86 認知機能～オリエンテーション (R4 (生活機能アセスメント))

×見当識・どこにいるかわかりますか (データ項目 ver. 2)

R4		データ項目 ver.2 見当識 どこにいるかわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能～オリエンテーション(見当識)	1 (レベル1) 自分の名前がわからない	0 0%	4 50%	4 50%	0 0%	8 100%
	2 (レベル2) その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる	1 3%	24 83%	4 14%	0 0%	29 100%
	3 (レベル3) 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる	11 35%	17 55%	3 10%	0 0%	31 100%
	4 (レベル4) 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	44 80%	10 18%	1 2%	0 0%	55 100%
	5 (レベル5) 年月日がわかる	50 93%	3 6%	0 0%	1 2%	54 100%

4) 年月日

- R4 (生活機能アセスメント) において「認知機能～オリエンテーション (見当識)」が「レベル 5」の場合、データ項目 ver. 2 の「見当識・年月日がわかりますか」を「はい」と回答した割合は 83%であった。
- 「レベル 4」の場合、データ項目 ver. 2 の「見当識・年月日がわかりますか」を「いいえ」と回答した割合は 49%であった。「レベル 3」、「レベル 2」、「レベル 1」ではそれぞれ 71%、90%、63%であった。

図表 87 認知機能～オリエンテーション (R4 (生活機能アセスメント))

×見当識・年月日がわかりますか (データ項目 ver. 2)

R4		データ項目 ver.2 見当識 年月日がわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能～オリエンテーション(見当識)	1 (レベル1) 自分の名前がわからない	0 0%	5 63%	3 38%	0 0%	8 100%
	2 (レベル2) その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる	0 0%	26 90%	3 10%	0 0%	29 100%
	3 (レベル3) 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる	6 19%	22 71%	3 10%	0 0%	31 100%
	4 (レベル4) 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	26 47%	27 49%	2 4%	0 0%	55 100%
	5 (レベル5) 年月日がわかる	45 83%	8 15%	0 0%	1 2%	54 100%

(5) コミュニケーション

1) 相手が話していること

- MDS 方式・MDS-HC 方式において「他者を理解できる (理解力)」が「理解できる」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか」を「できる」と回答した割合は 89%であった。「通常は理解できる」、「しばしば理解できる」の場合、それぞれ 95%、86%であった。
- 「時々理解できる」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか」を「できない」と回答した割合は 62%、「ほとんどまたはまったく理解できない」では 73%であった。

図表 88 他者を理解できる（理解力）（MDS方式・MDS-HC方式）

×コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか（データ項目 ver.2）

MDS方式・MDS-HC方式		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 相手が話していることを理解していますか				
		できる	できない	不明	無回答	
他者を理解できる(理解力)	0 理解できる：明解な理解力	42 89%	4 9%	0 0%	1 2%	47 100%
	1 通常は理解できる：伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分は理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直す必要はない	55 95%	2 3%	1 2%	0 0%	58 100%
	2 しばしば理解できる：伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、言い直すことで、しばしば会話を理解できる	36 86%	6 14%	0 0%	0 0%	42 100%
	3 時々理解できる：単純で直接的なコミュニケーションには適切に反応する	13 29%	28 62%	4 9%	0 0%	45 100%
	4 ほとんどまたはまったく理解できない	0 0%	11 73%	4 27%	0 0%	15 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「介護者の発言への反応」が「介護者の言っていることが通じる」の場合、データ項目 ver.2 の「コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか」を「できる」と回答した割合は80%であった。「介護者の言っていることがときどき通じる」、「介護者の言っていることが通じない」の場合、それぞれ47%、73%であった。
- 包括的自立支援プログラム方式において「介護者の指示への反応」が「介護者の指示が通じる」の場合、データ項目 ver.2 の「コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか」を「できる」と回答した割合は93%、「介護者の指示がときどき通じる」では50%であった。「介護者の指示が通じない」の場合、データ項目 ver.2 の「コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか」を「できない」と回答した割合は76%であった。

図表 89 介護者の発言への反応（居宅サービス計画ガイドライン方式）

×コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか（データ項目 ver.2）

居宅サービス 計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 相手が話していることを理解していますか				
		できる	できない	不明	無回答	
介護者の発言への反応	1 介護者の言っていることが通じる	193 80%	40 17%	4 2%	3 1%	240 100%
	2 介護者の言っていることがときどき通じる	14 47%	11 37%	5 17%	0 0%	30 100%
	3 介護者の言っていることが通じない	8 73%	3 27%	0 0%	0 0%	11 100%

図表 90 介護者の指示への反応（包括的自立支援プログラム方式）

×コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか（データ項目 ver. 2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目ver.2 コミュニケーション 相手が話していることを理解 していますか				合計
		できる	できない	不明	無回答	
介護者の指 示への反応	1 介護者の指示が通じる	179 93%	10 5%	2 1%	1 1%	192 100%
	2 介護者の指示がときどき通じる	83 50%	65 39%	16 10%	2 1%	166 100%
	3 介護者の指示が通じない	5 6%	59 76%	13 17%	1 1%	78 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～コミュニケーション」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか」を「できる」と回答した割合は100%であった。「レベル4」、「レベル3」、「レベル2」の場合、それぞれ88%、76%、52%であった。
- 「レベル1」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか」を「できない」と回答した割合は75%であった。

図表 91 認知機能～コミュニケーション（R4（生活機能アセスメント））

×コミュニケーション・相手が話していることを理解していますか（データ項目 ver. 2）

R4		データ項目ver.2 コミュニケーション 相手が話していることを理解 していますか				合計
		できる	できない	不明	無回答	
認知機能～ コミュニケー ション	1（レベル1）話し言葉の理解はできない	0 0%	9 75%	3 25%	0 0%	12 100%
	2（レベル2）日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している	13 52%	9 36%	3 12%	0 0%	25 100%
	3（レベル3）書き言葉は理解していないが、日常会話は行っている	42 76%	12 22%	1 2%	0 0%	55 100%
	4（レベル4）複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している	29 88%	2 6%	1 3%	1 3%	33 100%
	5（レベル5）複雑な人間関係を保っている	52 100%	0 0%	0 0%	0 0%	52 100%

2) 簡単なあいさつ

- MDS 方式・MDS-HC 方式において「自分を理解させることができる（伝達能力）」が「理解させることができる」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できる」と回答した割合は94%であった。「通常は理解させることができる」、「しばしば理解させることができる」、「時々理解させることができる」の場合、それぞれ98%、97%、69%であった。
- 「ほとんどまたはまったく理解させることができない」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できない」と回答した割合は69%であった。

図表 92 自分を理解させることができる（伝達能力）（MDS方式・MDS-HC方式）

×コミュニケーション・周囲の人と簡単なあいさつや会話はできますか（データ項目 ver. 2）

MDS方式・MDS-HC方式		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話はできますか	できる	できない	不明	
自分を理解させることができる(伝達能力)	0 理解させることができる：容易に考えを表現できる	65 94%	2 3%	1 1%	1 1%	69 100%
	1 通常は理解させることができる：十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難。本人の考えを引き出す必要はない	49 98%	1 2%	0 0%	0 0%	50 100%
	2 しばしば理解させることができる：言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難。本人の考えを引き出す必要がある	34 97%	1 3%	0 0%	0 0%	35 100%
	3 時々理解させることができる：その能力は具体的な欲求に限られる	27 69%	12 31%	0 0%	0 0%	39 100%
	4 ほとんどまたはまったく理解させることができない	4 31%	9 69%	0 0%	0 0%	13 100%

- 居宅サービス計画ガイドライン方式において「意思の伝達」が「調査対象者が意思を他者に伝達できる」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できる」と回答した割合は 98%であった。「ときどき伝達できる」、「ほとんど伝達できない」の場合、それぞれ 90%、68%であった。
- 「できない」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できない」と回答した割合は 67%であった。

図表 93 意思の伝達（居宅サービス計画ガイドライン方式）

×コミュニケーション・周囲の人と簡単なあいさつや会話はできますか（データ項目 ver. 2）

居宅サービス計画ガイドライン方式		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話はできますか	できる	できない	不明	
意思の伝達	1 調査対象者が意思を他者に伝達できる	220 98%	4 2%	0 0%	1 0%	225 100%
	2 ときどき伝達できる	36 90%	3 8%	0 0%	1 3%	40 100%
	3 ほとんど伝達できない	19 68%	8 29%	1 4%	0 0%	28 100%
	4 できない	1 33%	2 67%	0 0%	0 0%	3 100%

- 包括的自立支援プログラム方式において「意思の伝達」が「調査対象者が意思を他者に伝達できる」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できる」と回答した割合は 97%であった。「ときどき伝達できる」、「ほとんど伝達できない」の場合、それぞれ 86%、60%であった。「できない」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できない」と回答した割合は 80%であった。

図表 94 意思の伝達（包括的自立支援プログラム方式）

×コミュニケーション・周囲の人と簡単なあいさつや会話はできますか（データ項目 ver. 2）

包括的 自立支援プログラム方式		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話はできますか				
		できる	できない	不明	無回答	
意思の伝達	1 調査対象者が意思を他者に伝達できる	162 97%	4 2%	1 1%	0 0%	167 100%
	2 ときどき伝達できる	115 86%	18 14%	0 0%	0 0%	133 100%
	3 ほとんど伝達できない	51 60%	34 40%	0 0%	0 0%	85 100%
	4 できない	10 20%	41 80%	0 0%	0 0%	51 100%

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～コミュニケーション」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できる」と回答した割合は 100%であった。「レベル4」、「レベル3」、「レベル2」の場合、それぞれ 94%、95%、56%であった。
- 「レベル1」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか」を「できない」と回答した割合は 75%であった。

図表 95 認知機能～コミュニケーション（R4（生活機能アセスメント））

×コミュニケーション・周囲の人と簡単なあいさつや会話はできますか（データ項目 ver. 2）

R4		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話はできますか				
		できる	できない	不明	無回答	
認知機能～ コミュニケーション	1（レベル1）話し言葉の理解はできない	3 25%	9 75%	0 0%	0 0%	12 100%
	2（レベル2）日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している	14 56%	10 40%	1 4%	0 0%	25 100%
	3（レベル3）書き言葉は理解していないが、日常会話は行っている	52 95%	3 5%	0 0%	0 0%	55 100%
	4（レベル4）複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している	31 94%	1 3%	0 0%	1 3%	33 100%
	5（レベル5）複雑な人間関係を保っている	52 100%	0 0%	0 0%	0 0%	52 100%

3) 簡単な文章の理解

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～コミュニケーション」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・簡単な文章を読んで理解していますか」を「できる」と回答した割合は 96%であった。「レベル4」、「レベル3」の場合、それぞれ 85%、53%であった。
- 「レベル2」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・簡単な文章を読んで理解していますか」を「できない」と回答した割合は 60%、「レベル1」では 75%であった。

図表 96 認知機能～コミュニケーション (R4 (生活機能アセスメント))

×コミュニケーション・簡単な文章を読んで理解していますか (データ項目 ver. 2)

R4		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 簡単な文章を読んで理解していますか				
		できる	できない	不明	無回答	
認知機能～ コミュニケーション	1 (レベル1) 話し言葉の理解はできない	1 8%	9 75%	2 17%	0 0%	12 100%
	2 (レベル2) 日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している	8 32%	15 60%	2 8%	0 0%	25 100%
	3 (レベル3) 書き言葉は理解していないが、日常会話は行っている	29 53%	20 36%	6 11%	0 0%	55 100%
	4 (レベル4) 複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している	28 85%	4 12%	0 0%	1 3%	33 100%
	5 (レベル5) 複雑な人間関係を保っている	50 96%	1 2%	1 2%	0 0%	52 100%

4) 周囲の人とのコミュニケーション

- R4 (生活機能アセスメント) において「認知機能～コミュニケーション」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人 (友人・知人やスタッフ等) と継続的にコミュニケーションが取れていますか」を「できる」と回答した割合は 94%であった。「レベル4」、「レベル3」の場合、それぞれ 82%、67%であった。
- 「レベル2」の場合、データ項目 ver. 2 の「コミュニケーション・周囲の人 (友人・知人やスタッフ等) と継続的にコミュニケーションが取れていますか」を「できない」と回答した割合は 76%、「レベル1」では 92%であった。

図表 97 認知機能～コミュニケーション (R4 (生活機能アセスメント))

×コミュニケーション・周囲の人と継続的にコミュニケーションが取れていますか (データ項目 ver. 2)

R4		データ項目 ver.2				合計
		コミュニケーション 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と継続的にコミュニケーションが取れていますか				
		できる	できない	不明	無回答	
認知機能～ コミュニケーション	1 (レベル1) 話し言葉の理解はできない	1 8%	11 92%	0 0%	0 0%	12 100%
	2 (レベル2) 日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している	5 20%	19 76%	1 4%	0 0%	25 100%
	3 (レベル3) 書き言葉は理解していないが、日常会話は行っている	37 67%	17 31%	1 2%	0 0%	55 100%
	4 (レベル4) 複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している	27 82%	5 15%	0 0%	1 3%	33 100%
	5 (レベル5) 複雑な人間関係を保っている	49 94%	2 4%	1 2%	0 0%	52 100%

(6) 認知機能

1) 意識障害

- R4 (生活機能アセスメント) において「認知機能～精神活動」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「認知機能・意識障害がありますか」を「いいえ」と回答した割合は92%であった。「レベル4」、「レベル3」、「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ94%、84%、94%、44%であった。

図表 98 認知機能～精神活動 (R4 (生活機能アセスメント))
× 認知機能・意識障害がありますか (データ項目 ver. 2)

R4		データ項目 ver.2 認知機能 意識障害がありますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能～ 精神活動	1 (レベル1)意識の混濁があった	3 33%	4 44%	2 22%	0 0%	9 100%
	2 (レベル2)記憶の再生はできないが、意識の混濁はない	2 6%	32 94%	0 0%	0 0%	34 100%
	3 (レベル3)簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる	5 11%	38 84%	1 2%	1 2%	45 100%
	4 (レベル4)時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる	2 6%	33 94%	0 0%	0 0%	35 100%
	5 (レベル5)時間管理ができる	3 6%	47 92%	0 0%	1 2%	51 100%

2) 長期記憶

- R4 (生活機能アセスメント) において「認知機能～精神活動」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「認知機能・長期記憶は保たれていますか」を「保てる」と回答した割合は88%であった。「レベル4」、「レベル3」の場合、それぞれ60%、58%であった。
- 「レベル2」、「レベル1」の場合、データ項目 ver. 2 の「認知機能・長期記憶は保たれていますか」を「保てない」と回答した割合はそれぞれ71%、44%であった。

図表 99 認知機能～精神活動 (R4 (生活機能アセスメント))
× 認知機能・長期記憶は保たれていますか (データ項目 ver. 2)

R4		データ項目 ver.2 認知機能 長期記憶は保たれていますか				合計
		保てる	保てない	不明	無回答	
認知機能～ 精神活動	1 (レベル1)意識の混濁があった	1 11%	4 44%	4 44%	0 0%	9 100%
	2 (レベル2)記憶の再生はできないが、意識の混濁はない	5 15%	24 71%	5 15%	0 0%	34 100%
	3 (レベル3)簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる	26 58%	18 40%	1 2%	0 0%	45 100%
	4 (レベル4)時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる	21 60%	12 34%	2 6%	0 0%	35 100%
	5 (レベル5)時間管理ができる	45 88%	5 10%	0 0%	1 2%	51 100%

3) 簡単な計算

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～精神活動」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「認知機能・簡単な計算はできますか」を「はい」と回答した割合は88%、「レベル4」では91%であった。
- 「レベル3」の場合、データ項目 ver. 2 の「認知機能・簡単な計算はできますか」を「いいえ」と回答した割合は49%であった。「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ76%、89%であった。

図表 100 認知機能～精神活動（R4（生活機能アセスメント））
× 認知機能・簡単な計算はできますか（データ項目 ver. 2）

R4		データ項目 ver.2 認知機能 簡単な計算はできますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能～ 精神活動	1（レベル1）意識の混濁があった	0 0%	8 89%	1 11%	0 0%	9 100%
	2（レベル2）記憶の再生はできないが、意識の混濁はない	7 21%	26 76%	1 3%	0 0%	34 100%
	3（レベル3）簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる	21 47%	22 49%	2 4%	0 0%	45 100%
	4（レベル4）時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる	32 91%	2 6%	1 3%	0 0%	35 100%
	5（レベル5）時間管理ができる	45 88%	5 10%	0 0%	1 2%	51 100%

4) 時間管理

- R4（生活機能アセスメント）において「認知機能～精神活動」が「レベル5」の場合、データ項目 ver. 2 の「認知機能・時間管理はできますか」を「はい」と回答した割合は86%であった。
- 「レベル4」の場合、データ項目 ver. 2 の「認知機能・時間管理はできますか」を「いいえ」と回答した割合は46%であった。「レベル3」、「レベル2」、「レベル1」の場合、それぞれ69%、97%、89%であった。

図表 101 認知機能～精神活動（R4（生活機能アセスメント））
× 認知機能・時間管理はできますか（データ項目 ver. 2）

R4		データ項目 ver.2 認知機能 時間管理はできますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能～ 精神活動	1（レベル1）意識の混濁があった	0 0%	8 89%	1 11%	0 0%	9 100%
	2（レベル2）記憶の再生はできないが、意識の混濁はない	1 3%	33 97%	0 0%	0 0%	34 100%
	3（レベル3）簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる	14 31%	31 69%	0 0%	0 0%	45 100%
	4（レベル4）時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる	16 46%	16 46%	3 9%	0 0%	35 100%
	5（レベル5）時間管理ができる	44 86%	5 10%	1 2%	1 2%	51 100%

VIII アセスメント様式等の互換性調査（訪問ヒアリング調査）

1. 調査概要

(1) 目的

データ項目 ver. 2 の設問及び記載要領のブラッシュアップのため、「VII アセスメント様式等の互換性調査（利用者調査）」から見出された論点に対する意見や、調査の結果として「自分で行っている」／「自分で行っていない」等の回答が分かれる具体的な事例を収集することを目的とした。

(2) 調査対象

- アセスメント様式等の互換性調査（利用者調査）に回答があった施設・事業所
- アセスメント様式として、R4、包括的自立支援プログラム方式、MDS方式・MDS-HC方式、居宅サービス計画ガイドライン方式のいずれかを使用している施設・事業所

以上の2点を前提として、下記を踏まえてヒアリング対象を決定した。

- 各アセスメント様式の結果から想定されるデータ項目 ver. 2 の回答と違う回答があった施設・事業所
- 日本介護支援専門員協会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会からのご推薦

図表 102 ヒアリング対象施設・事業所一覧

NO	サービス分類	アセスメント様式	都道府県	施設・事業所名	訪問日
1	介護老人保健施設	R4	千葉県	介護老人保健施設 フェルマータ船橋	12/27（水）
2	介護老人保健施設	R4	千葉県	介護老人保健施設 市川ゆうゆう	1/10（水）
3	介護老人保健施設	包括的自立支援 プログラム方式	群馬県	介護老人保健施設 アルボース	1/19（金）
4	介護老人福祉施設	包括的自立支援 プログラム方式	千葉県	特別養護老人ホーム ピアポート千寿苑	12/21（木）
5	介護老人福祉施設	包括的自立支援 プログラム方式	愛知県	特別養護老人ホーム 南生苑	1/17（水）
6	介護老人福祉施設	MDS方式・MDS-HC方式	静岡県	特別養護老人ホーム 麻機園	1/18（木）
7	居宅介護支援事業所	MDS方式・MDS-HC方式	愛知県	居宅介護支援事業所 高坂苑	1/17（水）
8	居宅介護支援事業所	居宅サービス計画 ガイドライン方式	静岡県	静岡厚生病院 居宅介護支援事業所	1/18（木）

(3) ヒアリング項目

- 「Ⅶ アセスメント様式等の互換性調査 (利用者調査)」の回答のうち、各アセスメント様式の結果から想定されるデータ項目 ver. 2 の回答と違う回答があった利用者の状態像
- 「Ⅶ アセスメント様式等の互換性調査 (利用者調査)」の結果において、データ項目 ver. 2 の回答で「自分で行っている」 / 「自分で行っていない」が概ね半々となった項目における利用者の状態像
- アセスメント情報等の他施設・事業所との情報連携の状況、情報連携における課題
- 評価が難しいと想定されるデータ項目 ver. 2 の項目

2. 調査結果概要

(1) 調査結果概要

【他施設・事業所等とのアセスメント情報の共有について】

- 他施設・事業所等からはアセスメント情報を殆ど受け取っていないケース、受け取っていても時点や環境の差異により状態が大きく異なるため、活用されなかったケース、自施設・事業所で作成した独自のフォーマットにアセスメント結果を記載しているケースと様々であった。
- 施設・事業所間で情報を共有するための統一的なアセスメント情報に対する期待感が高かった。

【データ項目 ver. 2 において評価が分かれうるケースについて】

- 見守り支援や声がけの支援が必要な場合、施設・事業所によってその評価が分かれがちであった。(例：更衣の仕方がわからない方で、声がけ支援が必要な方の場合)
- 行為単独ではできるが、認知症の影響や意欲がなくなってしまうことにより、途中で出来なくなってしまいうケースの評価が難しい。(例：食事摂取の途中で食べなくなるケース)
- 自分で行ってはいるが、実際には出来ていないケースについての評価が難しい。
(例：排泄を自身でしているが、尿とりパッドが汚染されているケース)
- アセスメント時に情報が不足しているため、評価を1段階下げている場合があった。

【データ項目 ver. 2 の評価全般に関するご意見】

- 「自分で行っていない」と評価される項目が多くなると想定されるため、他施設・事業所からの引継ぎの際に、全介助に近い印象を与える利用者が多くなることが懸念される。
- 施設・事業所において必要な情報はどの程度かを踏まえた評価基準が求められている。
(例：背もたれ無しでの座位保持を10分間、立位保持を3分間)
- 認知機能の評価については、「日常的に出来るか」よりも「生活上支障があるか」の結果が求められている。
- 認知機能の設問については設問の削除や明確な評価基準の設定等、再考の余地がある。
- 「参加」に関する項目や、かゆみ・拘縮・痛みといった「身体症状」に関する項目、家族・金銭面・居住面といった「環境」に関する項目が無い。

(2) 個別のアセスメント項目に関する主なご意見等

分類	小分類	ご意見等
(1) ADL の状況	排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 排尿後の掃除を含めた評価の場合、殆ど「自分で行っていない」となる。 ・ 自分で行っているが、出来ていない場合（尿とりパッドが汚れているなど）の評価が難しい。 ・ ストーマの処理は難しく、そこまでの行為を評価すべきか。
	食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の途中で食器を入れ替える方、適切なスピードで食べるよう声かけが必要な方、途中で食事が止まってしまう方などの評価が難しい。 ・ 1 さじを食べる行為か、食事開始から食事終了までの行為かの評価が難しい。
	更衣	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知機能面の課題から更衣のやり方がわからないため、声かけ支援が必要な方の評価が難しい。
	個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 爪切りをしていない利用者が多いため、爪切りをしているかの評価になってしまう。 ・ 施設として欲しい情報の優先度としては洗顔・整髪である。 ・ 蒸しタオルを職員が利用者に渡して顔を拭いている場合の評価はどうするか。
(2) 基本動作	寝返り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 円背の方などで、一度起き上がって向きを変えている方の評価が難しい。 ・ 寝返りはしていないと話す利用者がいる。
	座位の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10 分間背もたれがなく座位保持をするケースが少ない。 ・ 背もたれありで 10 分程度、又は背もたれ無しであれば 30 秒～ 1 分の評価の方が現場で利用しやすい。
	立位の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒不安から、テーブルなどに手をかけている場合、何にもつかまらずに立っていることが出来るかの評価が難しい。 ・ 片手で何かにつかまっても立位保持ができていれば、「自分で行っている」で良いのではないか。
(4) 食事の状況	食事量の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ もともと喫食量が少ない方もいるため、評価が難しい。 ・ 疾患、認知症、居住環境の変化など様々な要因が考えられる。
(14) (介護に注意が必要な) 嚥下機能の低下がありますか。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 「嚥下機能」は言語聴覚士が評価するため、「むせがあったか」といった設問のほうが評価しやすい。
(18) 見当識	どこにいるかわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設問が必要かどうか再検討すべき。 ・ 自宅、施設、病院の 3 つの選択肢を与えて答えてもらうことに違和感がある。

分類	小分類	ご意見等
	年月日がわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・年月日については答えるのが難しく、季節の認識でよいのではないか。 ・明確に今日の年月日とした方が良い。
(19) コミュニケーション	相手が話していることを理解していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・話をうまく合わせる利用者もいるため、話を理解しているかの評価はとても難しい。 ・簡単な指示を理解しているかの方が評価しやすい。
	周囲の人と簡単なあいさつや会話はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・あいさつには、言葉・会釈・ジェスチャーや目が合ったときの小さな反応まで含まれるため、評価に際し一定の基準が欲しい。 ・あいさつは、誰かのあいさつに対し反射的に出来る方が多い。 ・会話だけに限定したほうが良いかもしれない。
	簡単な文章を読んで理解していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・設問の必要性が感じられない。 ・文章を理解しているかの評価が難しい（特に新聞等）。 ・MMSEのように、「目を閉じてください」と書いた指示を読んで対応してもらうほうが評価しやすい。
	周囲の人と継続的にコミュニケーションがとれていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・設問と記載要領の評価内容（感情や衝動を抑え、トラブルを起こさずに生活できているか）に若干乖離がある。
(20) 認知機能	簡単な計算はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・「出来る」／「出来ない」ではなく、嫌がってやらない方もおり、「出来ない」と評価している。

IX データ項目 ver. 2 の修正

1. 設問・記載要領の修正方針の検討

上記「VII アセスメント様式等の互換性調査（利用者調査）」及び「VIII アセスメント様式等の互換性調査（訪問ヒアリング調査）」の結果を踏まえ、検討委員会で議論を行い、データ項目 ver. 2 の修正方針を以下の通りとした。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
モニタリング情報(1)				
(1) ADL の状況			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は ADL に関する質問です。該当する選択肢 1 つをそれぞれ選んでください。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去 1 週間）の状況について、「日常的に行っているか」に基づいて回答してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」とする。 ・ 一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。
	入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で行っている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「入浴」とは、浴槽やシャワー室への出入り、入浴行為（シャワーをあびること含む）、洗身（腕、太腿、膝下、胸部、腹部、陰部）を言います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 洗髪を入浴行為に明記する。 ・ 見守りのみの場合は「自分で行っている」とする。洗浄が不十分でも、自分で入浴行為を行っている場合は「自分で行っている」とする。 ・ 一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。 ・ 入浴を行っていない場合は「自分で行っていない」とする。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	排泄・排尿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で行っている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「排尿」とは、「排尿動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、尿器への排尿）」「陰部の清拭」「トイレの水洗」「トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿後の掃除」「オムツ、リハビリパンツ、尿とりパッドの交換」「抜去したカテーテルの後始末」の一連の行為のことを言います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ トイレへの移動・移乗は評価に含めないことを明記する。 ・ 見守りのみの場合は「自分で行っている」とする。 ・ 拭き残しがあっても自分で全ての行為を行っている場合は「自分で行っている」とする。 ・ 一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。 ・ 「対象外」の選択肢を追加し、バルーンカテーテル等の場合は「対象外」とする。
	排泄・排便	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で行っている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「排便」とは、「排便動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、排便器への排便）」「肛門の清拭」「トイレの水洗」「トイレやポータブルトイレ、排便器等の排便後の掃除」「オムツ、リハビリパンツの交換」「ストーマ（人工肛門）袋の準備、交換、後始末」の一連の行為のことを言います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ トイレへの移動・移乗は評価に含めないことを明記する。 ・ 見守りのみの場合は「自分で行っている」とする。 ・ 拭き残しがあっても自分で全ての行為を行っている場合は「自分で行っている」とする。 ・ 一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。 ・ 「対象外」の選択肢を追加し、人工肛門等の場合は「対象外」とする。
	食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で行っている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「食事摂取」とは、食物を摂取する一連の行為のことを言います。経口摂取の場合は、配膳後の食器から口に入れるまでの行為のことを言います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食器の入れ替え等の支援は評価に含めないことを明記する。 ・ 見守りのみの場合は「自分で行っている」とする。 ・ 一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。 ・ 「対象外」の選択肢を追加し、経管栄養等の場合は「対象外」とする。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	更衣・上衣	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「更衣（上衣）」とは、普段使用している上衣（普段着、下着）等の着脱のことを言います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・衣服の準備・整理は含めないことを明記する。 ・見守りのみの場合は「自分でやっている」とする。 ・一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。
	更衣・下衣	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「更衣（下衣）」とは、普段使用しているズボン・パンツ等の下衣（普段着、下着）等の着脱のことを言います。 	(同上)
	個人衛生 (洗顔・整髪・爪切り)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「個人衛生」とは、洗顔、整髪、爪切りのことを言います。 洗顔…「タオルの準備」「蛇口をひねる」「顔を洗う」「タオルで拭く」「衣服の濡れの確認」等の一連の行為 整髪…「ブラシの準備」「整髪料の準備」「髪をとかす」「ブラッシングする」等の一連の行為 爪切り…「つめ切りを準備する」「切ったつめを捨てる」等の一連の行為 	<ul style="list-style-type: none"> ・爪切りの評価は除外する。 ・見守りのみの場合は「自分でやっている」とする。 ・一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。
(2) 基本動作		<ul style="list-style-type: none"> ・以下は4つの基本動作に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、「日常的に行っているか」に基づいて回答してください。 ・「基本動作」については、移動状況ではなく、同じ場所で行っている動作について評価してください（歩行状態は「基本動作」では評価しないでください）。 ・なお、視力に障害がある方で、付き添いが必要な場合、歩行状態や外出状況に基づいて、同程度の行為を行っているかどうかで判断してください。 ・また、認知症の方で、行動障害への見守りが必要な場合、基本動作に対する見守りでなければ、同程度の行為を行っているかどうかのみから評価してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・見守りのみの場合は「自分でやっている」とする。 ・一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」とする。 	

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	寝返り	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「寝返り」とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに身体の向きを変え、そのまま安定した状態になることを言います。 ・何かにつかまる・つかまらないにかかわらず、自力で寝返りを行っている場合、「自分でやっている」を選択してください。 ・認知症等の方で、声かけをしない限りずっと同じ姿勢をとり寝返りをしないが、声をかければゆっくりでも寝返りを自力でする場合、声かけのみであれば「自分でやっている」を選択してください。 ・寝返りに介助が必要な場合、「自分で行っていない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
	座位の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「座位の保持」とは、ベッド等に、背もたれがなく、つかまらない状態で10分間程度安定して座っていることを言います。 ・背もたれや介助者の手による支えがなくとも自力で座位が保持できる場合、「自分でやっている」を選択してください。 ・介助者の支えや背もたれ、クッション等に寄り掛からなければ座位が保持できない場合、「自分で行っていない」を選択してください。 ・医学的理由（低血圧等）により座位保持が認められていない場合も「自分で行っていない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
	座位での乗り移り	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「座位での乗り移り」とは、車いすなどからベッドへの移動のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の面に異動することを言います。 ・介護者の介助がなくとも自力で座位の乗り移りができる場合、「自分でやっている」を選択してください。 ・認知症の方に対して、必要な行為の「確認」「指示」「声掛け」のみ行っている場合は「自分でやっている」を選択してください。 ・介護者が手を添える、体を支えるなどの介助が行われている場合、「自分で行っていない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	立位の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で行っている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「立位の保持」とは、つかまらずに一定の時間（3分間程度）立位を保つことを言います。 ・ 何にもつかまらずに立っていることができる場合、「自分で行っている」を選択してください。 ・ 何かにつかまると立位保持が可能な場合、介護者の手で常に身体を支えれば立位保持できる場合、どのような状況であっても全く立位保持ができない場合、「自分で行っていない」を選択してください。 ・ 円背のため、自分の両膝に手を置いているなど、自分の体の一部を支えにして立位保持する場合は「自分で行っていない」を選択してください。 ・ リハビリテーションなど、特殊な状況で、見守り下でのみ行っている場合は「自分で行っていない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
(3) 排泄の状況			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は「排泄の状況」に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更なし
	尿失禁	<ul style="list-style-type: none"> ・ あり ・ なし ・ 対象外 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「尿失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの器具を使用している場合、それらを使用した状態における失禁状態を言います。 ・ 尿失禁がある場合（「ときどきある」場合も含む）は、「あり」を選んでください。そうでない場合は「なし」を選んでください。 ・ バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿をしている場合は「対象外」を選んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 期間（過去1週間）を明確に指定する。
	便失禁	<ul style="list-style-type: none"> ・ あり ・ なし ・ 対象外 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「便失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの器具を使用している場合、それらを使用した状態における失禁状態を言います。 ・ 便失禁がある場合（「ときどきある」場合も含む）は、「あり」を選んでください。そうでない場合は「なし」を選んでください。 ・ 人工肛門等の場合は「対象外」を選んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 期間（過去1週間）を明確に指定する。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	バルーンカテーテルの使用	<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・なし ・対象外 	<ul style="list-style-type: none"> ・バルーンカテーテル等の使用や、自己導尿をしている場合は「あり」を選んでください。そうでない場合は「なし」を選んでください。（自己導尿とは、尿道から膀胱内に細い管（カテーテル）を挿入し、尿を体外に排泄する方法です。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「バルーンカテーテル等」とする。 ・対象外の選択肢を削除する。
(4) 食事の状況			<ul style="list-style-type: none"> ・一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、回答してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
	食事の回数	__回	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の1日の食事の回数を入力してください。 ・利用者に3回の食事が提供されていた場合でも、利用者が全く食事に手をつけない回がある場合は、その回はカウントできません。 ・胃ろう管理や経管栄養等経口摂取不可の方についても、1日で注入する回数を回答してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
	食事量の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・問題ありありの場合→ ・過食 ・小食 ・その他（自由記述） ・問題なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の食事量の問題の有無について、該当する選択肢1つを選んでください。 ・極端に大量に食べてしまう過食の場合や、1日の食事摂取量が少ない、あるいは減っている場合、または1日の食事回数が2回以下であって、1回あたりの食事摂取量が少ない、あるいは減っている場合は「問題あり」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
(5) 視力の状況				
		<ul style="list-style-type: none"> ・問題あり ・問題なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・「視力の状況」は、日常生活での支障の有無を基準とします。新聞・本の見出しや大きな活字が見える、目の前に置いた視力確認表の図が見えるような場合は、「問題なし」を選び、そうでない場合は「問題あり」を選んでください。 ・眼鏡・コンタクトレンズ等を使用している場合は、使用している状況で判断します。視野狭窄・視野欠損等も含めて判断します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
(6) 薬の状況			<ul style="list-style-type: none"> 以下、服薬の状況に関する質問です。 	<ul style="list-style-type: none"> 期間（過去1週間）を明確に指定する。
	服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> 薬を飲んでいる 薬を飲んでいない 不明 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬状況について、該当する選択肢1つを選んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> 変更なし
	飲んでいる場合の薬の種類	<ul style="list-style-type: none"> 抗生物質 ステロイド剤 抗がん剤 向精神剤 降圧剤 鎮痛剤 睡眠剤 その他（自由記述） 不明 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者が使用した薬剤（処方薬に限ります。市販の薬は含みません）の種類を入力してください。 	<ul style="list-style-type: none"> 期間（過去1週間）を明確に指定する。
	飲んでいる場合の薬の種類数		<ul style="list-style-type: none"> 利用者が使用した薬剤（処方薬に限ります。市販の薬は含みません）の種類数を入力してください。 先発品と後発品を両方使用している場合は、1種類として数えます。 創の治療に使用する局所薬、軟膏、クリームや点眼薬、ビタミン薬も含まれます。 	<ul style="list-style-type: none"> 期間（過去1週間）を明確に指定する。
(7) 歯の状態			<ul style="list-style-type: none"> 歯の状態について、該当する選択肢1つを選んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> 表現の平仄を合わせる。
	義歯の有無	<ul style="list-style-type: none"> あり なし 	<ul style="list-style-type: none"> 義歯の有無について、該当する選択肢1つを選んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> 変更なし
	歯磨きの実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 自分で行っている 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> 歯磨きの実施状況について、該当する選択肢1つを選んでください。 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、回答してください。 	<ul style="list-style-type: none"> 変更なし

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
（8）過去3か月間の入院の有無				
		・あり ・なし	・「過去3か月間の入院の有無」に関する質問です。該当する選択肢1つを選んでください。	・表現の平仄を合わせる。
（9）過去3か月間の在宅復帰の有無				
		・あり ・なし	・「過去3か月間の在宅復帰の有無」に関する質問です。該当する選択肢1つを選んでください。	・表現の平仄を合わせる。
（10）過去3か月間の骨折の有無				
		・あり ・なし	・「過去3か月間の骨折の有無」に関する質問です。該当する選択肢1つを選んでください。	・表現の平仄を合わせる。
モニタリング情報(2)				
（11）過去3か月以内に転倒をしましたか。				
		・はい ・いいえ ・不明	・過去3か月以内に転倒をしたかという質問です。該当する選択肢1つを選んでください。	・表現の平仄を合わせる。
（12）過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。				
		・はい ・いいえ ・不明	・過去3か月以内に37.5度以上の発熱があったかという質問です。該当する選択肢1つを選んでください。 ・発熱の有無については、看護記録を参照してください。	・表現の平仄を合わせる。
（13）過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか。				
		・はい ・いいえ ・不明	・過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往があったかという質問です。該当する選択肢1つを選んでください。 ・「誤嚥性肺炎」と診察記録にある場合や、「肺炎」と診療記録にあり、介護記録に誤嚥の兆候がある場合に、「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。	・設問を「誤嚥性肺炎の既往がありますか」から「誤嚥性肺炎を起こしましたか」とする。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
(14)（介護に注意が必要な）嚥下機能の低下がありますか。				
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「嚥下機能」とは、食物を経口より摂取する際の「えん下」（飲み込むこと）の能力を言います。 ・過去3か月間の状況について、回答してください。 ・胃ろう管理や経管栄養等経口摂取不可の方は無回答としてください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「対象外」の選択肢を追加し、経管栄養等の場合は「対象外」とする。
(15)（介護に注意が必要な）摂食困難な状況がありますか。				
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月間の状況について、回答してください。 ・胃ろう管理や経管栄養等経口摂取不可の方は無回答としてください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「対象外」の選択肢を追加し、経管栄養等の場合は「対象外」とする。
(16) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。				
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内に脱水状態があったかという質問です。該当する選択肢1つを選んでください。 ・脱水状態の有無については、看護記録を参照してください。 ・医師が「脱水」と診断した場合や、看護職員もしくは介護職員が発熱・せん妄傾向・尿量・水分の摂取量等を総合的に判断して「脱水」と判断した場合に、「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
(17) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。				
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内に褥瘡の既往があったかという質問です。該当する選択肢1つを選んでください。 ・ステージI（通常骨突出部に限局された領域に消退しない発赤を伴う損傷のない皮膚）以上の褥瘡があった場合に「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・褥瘡発生有無を判断する評価者は、医師または看護職員とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「褥瘡の既往があったか」から「褥瘡がありましたか」とする。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
認知機能			<ul style="list-style-type: none"> ・ 「認知機能」には4つの項目に沿って質問があります。以下は「認知機能」の項目全体に共通する注意事項です。 ■注意事項 ・ せん妄などにより、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間の状態を基本として判断してください。 ・ 聴覚障害や運動失語などで、言葉は理解するが表現できない場合は、言葉以外の表出によって判断してください。 ・ 感覚失語などで、言葉を理解していない場合は、「2. できない（わからない、保てない等）」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本項目には説明を記載せず、以下の分類にそれぞれ記載する。
(18) 見当識			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は4つの見当識に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・ 「わかるかどうか」に基づいて回答を判断してください。可能な限り、実際に簡単な質問をして評価してください。 ・ ただし、実際に確認した結果と日常の状況が異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況から判断してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「認知機能」の説明を記載する。
	自分の名前がわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の姓もしくは名前のどちらかでも答えられる場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 旧姓でも自分の名前をいうことができれば「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
	その場にいる人がだれかわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ その場にいる人がだれかわかる場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 目の前で調査を行っている人、世話をしている人が、家族か、介護スタッフか、友人かが分かるかどうかで判断してください。例えば、家族、介護スタッフ、友人の3つの選択肢を与えて、正確であれば「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	どこにいるかわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「ここはどこですか」という質問に対して適切に回答できる場合、「1. はい」を選択してください。 ・現在いる場所の所在地や名称はわからなくても、自宅なのか、事業所等なのかの区別がつくかどうかで判断してください。例えば自宅、通所介護サービス等の施設、病院の3つの選択肢を与えて、正確であれば「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「わかりますか」から「答えられますか」とする。
	年月日がわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・年月日が±1日の誤差でわかる場合、「1. はい」を選択してください。 ・日によって、わかったりわからなかったりする場合も「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「年月日がわかりますか」から「今日の年月日がわかりますか」とする。
(19) コミュニケーション			<ul style="list-style-type: none"> ・以下は4つのコミュニケーションに関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、日常の観察に基づいて「日常的に行っているか」をもとに回答してください。 ・感覚失語などで言葉を理解していない場合は、全ての質問で「2. できない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知機能」の説明を記載する。
	相手が話していることを理解していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる ・できない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や介護スタッフの話していることが理解できている場合は「1. できる」を選択してください。 ・感覚失語などで言語を理解していない場合は「2. できない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「相手が話していること」から「簡単な指示」とする。
	周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる ・できない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・普段から簡単なあいさつや会話を、家族や介護スタッフなどに行っている場合、「1. できる」を選択してください。 ・例えば、友人関係や日常生活、季節等について、1対1でつじつまのあった会話を行っているかどうかで判断してください。 ・話を聞くだけで、自らは話ができない場合は「2. できない」を選択してください。 ・感覚失語などで言語を理解していない場合は「2. できない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「簡単なあいさつや会話はできますか」から「簡単な会話をしていますか」とする。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	簡単な文章を読んで理解していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる ・できない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・書き言葉のメッセージを読みとり、理解している場合、「1. できる」を選択してください。 ・例えば、新聞や本、各種広告や案内などを理解しているかどうかで判断してください。 ・感覚失語などで言語を理解していない場合は「2. できない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な文章の例を「新聞や本…」から「注意書きや案内等」とする。
	周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と継続的にコミュニケーションが取れていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる ・できない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・様々な状況で、相手を理解し、相手が不快に思わないように常識に基づいてコミュニケーションが取れている場合、「1. できる」を選択してください。 ・例えば、友人・知人や介護スタッフ、医師などと、それぞれの役割を理解し、感情や衝動を抑え、トラブルを起こさずに生活できているかどうかで判断してください。 ・性格や生活習慣などの理由から周囲の人と関わることが好きではない場合、コミュニケーションを取ることが「できるか」で判断してください。 ・感覚失語などで言語を理解していない場合は「2. できない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「継続的にコミュニケーションが取れていますか」から「トラブルなくコミュニケーションをとれていますか」とする。
(20) 認知機能		<ul style="list-style-type: none"> ・以下は4つの認知機能に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・「できるかどうか」に基づいて回答を判断してください。可能な限り、実際に簡単な質問をして評価してください。 ・ただし、実際に確認した結果と日常の状況が異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況から判断してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知機能」の説明を記載する。 	
	意識障害がありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査前24時間以内の起きている時間帯に意識の混濁があった場合、「1. はい」を選択してください。 ・せん妄や重度の認知症のため、意識混濁がある場合も、「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	長期記憶は保たれていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・保てる ・保てない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去に体験した出来事などについて、正しく思い出すことができる場合、「1. 保てる」を選択してください。 ・例えば、最終学歴や、結婚など数十年前に起きたと考えられることについて質問し、スムーズに思い出すことができるかどうかで判断してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・設問を「長期記憶は保たれていますか」から「過去の記憶の再生はできますか」とする。
	簡単な計算はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる ・できない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な計算ができる場合、「1. できる」を選択してください。 ・例えば、6+8、7+5などの1桁どうしの単純な加算ができるかどうかで判断してください。おおむね7割程度正解できれば、「1. できる」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
	時間管理はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる ・できない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の時刻がわかり、かつ1時間後に何を行うか理解し、行動している場合、「1. できる」を選択してください。 ・例えば、入浴や食事、リハビリの時刻になると、自らその準備をするなど、普段から時間を理解し、行動できているかどうかに基づいて判断してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
(21) 周辺症状			<ul style="list-style-type: none"> ・以下は4つの周辺症状に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・一定期間（調査日より概ね過去1ヶ月間）の状況について、日常の観察に基づいて回答してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知機能」の説明を記載する。
	暴言・暴行はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「暴言・暴行」がある場合、「1. はい」を選択してください。 ・暴言とは、例えば、他者をおびやかす、どなる、ののしるなどの行為で、暴行とは、例えば、他者を打つ、押す、引っこく、性的に虐待するなどの行為を指します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。
	昼夜逆転はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「昼夜逆転」がある場合、「1. はい」を選択してください。 ・「昼夜逆転」とは、例えば、夜中に何度も目が覚めることがあり、そのために疲労や眠気があり日中に活動できない、もしくは昼と夜の生活が逆転し、通常日中行われる行為を夜間行っているなどの状況を指します。 ・夜間眠れない状態、例えば夜更かし（遅寝遅起き）など単なる生活習慣として、あるいは、蒸し暑くて寝苦しい、周囲の騒音等で眠れないなどの生活環境のために眠れない場合は「2. いいえ」を選択してください。 ・トイレに行くための起床なども「2. いいえ」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・表現の平仄を合わせる。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	介護に対する抵抗はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「介護に抵抗する」行動がある場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 「介護に抵抗する行動」とは、服薬や注射を拒否する、食事や体位変換などの身体的介助時に介護者を押すなど、言葉や態度で介護に抵抗する行動を指します。 ・ 単に助言しても従わない（言っても従わない）、あらかじめケアに対して拒否の態度を示しているなどの場合は「2. いいえ」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
	不適切な場所での排尿はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「不適切な場所での排尿」行動がある場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 「不適切な場所での排尿」とは、例えば、トイレの場所が分からず、他の場所で排尿行為をしてしまう、尿意の感覚が薄く、失禁してしまうなどの行為を指します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
(22) 歩行・移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は6つの歩行・移動に関する質問です。該当する選択肢をそれぞれ1つ選んでください。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、「日常的に行っているか」に基づいて回答してください。 ・ なお、視力に障害がある方で、付き添いが必要な場合、歩行状態や外出状況に基づいて、同程度の行為を行っているかどうかで判断してください。 ・ また、認知症の方で、行動障害への見守りが必要な場合、歩行機能に対する見守りでなければ、同程度の行為を行っているかどうかのみから評価してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
	屋内（施設や自宅内で居室から別の部屋へと）の移動をしていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「屋内の移動」とは、施設や自宅において、居室から別の部屋などへと移動していることを言います。 ・ 車いす、歩行器、手すりなど、移動手段は問わず、自分で普段から自宅内または施設内での移動を行っている場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 車いす等を使用している場合、車いす等に移乗した後の移動について評価してください。 ・ 自力では移動ができないために、介護者が車いすを押すなどの介助が行われている場合、「2. いいえ」を選択してください。 ・ 認知症等の方で、声かけをしない限りずっと同じ姿勢をとり寝返りをしないが、声をかければゆっくりでも寝返りを自力でする場合、声掛けのみでできれば「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	安定した歩行をおこなっていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「安定した歩行」とは、平らな場所で、立った状態から継続して歩くことを言います。 ・ 杖や装具を使用しても、自力で歩いている場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 介護者による介助が行われている場合、「2. いいえ」を選択してください。 ・ 手すりや壁に手をかけて歩いている場合も「2. いいえ」を選択してください。 ・ リハビリテーションを行っている方で、一時的に歩行訓練を見守り下で行っている場合、リハビリの訓練中は日頃の状況ではないと考え、「2. いいえ」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
	階段昇降をおこなっていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「階段昇降」とは、階段を5段以上、手すりに頼らず昇り降りすることを言います。 ・ 普段から5段程度の階段の昇り降りを自力で行っている場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 介護者による介助が行われている場合、「2. いいえ」を選択してください。 ・ 認知症の方に対して、必要な行為の「確認」「指示」「声掛け」のみ行っている場合は「1. はい」を選択してください。 ・ リハビリテーションを行っている方で、一時的に階段昇降を見守り下で行っている場合、リハビリの訓練中は日頃の状況ではないと考え、「2. いいえ」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（旧）	修正の方針
	施設や自宅から外出していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「施設や自宅からの外出」とは、施設や自宅など、居住地の敷地外へ移動していることを言います。 ・ 徘徊や救急搬送、同一施設・敷地内のデイサービス、診療所等への移動は外出に含みません。 ・ 杖等の補助具の使用の有無に関わらず、普段から自力で施設や自宅から外出している場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 介護者による介助が行われている場合、「2. いいえ」を選択してください。 ・ 認知症の方に対して、必要な行為の「確認」「指示」「声掛け」のみ行っている場合は「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
	公共交通機関を利用して外出をおこなっていますか。 ※自家用車での移動含む。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「公共交通機関を利用した外出」とは、バス、電車、飛行機等の公共交通機関を利用して、外出していることを言います。 ・ 徘徊や救急搬送、同一施設・敷地内のデイサービス、診療所等への移動は外出に含みません。 ・ 杖等の補助具の使用の有無に関わらず、普段から自力で公共交通機関を利用して外出している場合、「1. はい」を選択してください。 ・ 公共交通機関が近くになく、自家用車を利用している場合も「1. はい」を選択してください。 ・ 介護者による介助が行われている場合、「2. いいえ」を選択してください。 ・ 認知症の方に対して、必要な行為の「確認」「指示」「声掛け」のみ行っている場合は「1. はい」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。
	移動用具の使用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車いす ・ 歩行器 ・ 杖 ・ その他（自由記述） ・ 移動に器具は用いていない ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「移動用具の使用状況」についての質問です。移動に複数の用具を使用している場合、該当する項目すべてを選択してください。 ・ 例えば、シルバーカー、短下肢装具などは「4. その他」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表現の平仄を合わせる。

2. データ項目 ver.2.1 の作成

(1) データ項目 ver.2.1

データ項目 ver. 2 の設問及び記載要領を修正した結果を踏まえて、以下のデータ項目 ver. 2.1 を作成した。

項目		選択肢					
(1) ADL の 状況	入浴	自分でやっている		自分で行っていない			
	排泄	排尿	自分でやっている		自分で行っていない		対象外 (※1)
		排便	自分でやっている		自分で行っていない		対象外 (※2)
	食事摂取	自分でやっている		自分で行っていない		対象外 (※3)	
	更衣	上衣	自分でやっている		自分で行っていない		
		下衣	自分でやっている		自分で行っていない		
個人衛生 (洗顔・整髪)		自分でやっている		自分で行っていない			
(2) 基本動作	寝返り	自分でやっている		自分で行っていない			
	座位の保持	自分でやっている		自分で行っていない			
	座位での乗り移り	自分でやっている		自分で行っていない			
	立位の保持	自分でやっている		自分で行っていない			
(3) 排泄の状況	尿失禁	あり	なし		対象外 (※1)		
	便失禁	あり	なし		対象外 (※2)		
	バルーンカテーテル等の使用	あり	なし				
(4) 食事の状況	食事の回数	() 回					
	食事量の問題	問題あり		問題なし			
問題ありの場合→ 過食・小食・その他 ()							
(5) 視力の状況		問題あり		問題なし			
(6) 薬の状況	服薬状況		薬を飲んでいる		薬を飲んでいない		
	飲んでいる場合の薬の種類	抗生物質	ステロイド剤	抗がん剤	向精神剤	降圧剤	
		鎮痛剤	睡眠薬	その他 ()		不明	
飲んでいる場合の薬の種類数		() 種類					
(7) 歯の状態	義歯の有無	あり		なし			
	歯磨きの実施状況	自分でやっている		自分で行っていない			
(8) 過去 3 か月間の入院の有無		あり		なし			

項目		選択肢			
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無		あり	なし		
(10) 過去3か月間の骨折の有無		あり	なし		
■転倒					
(1) 過去3か月以内に転倒をしましたか。		はい	いいえ	不明	
■発熱					
(2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。		はい	いいえ	不明	
■誤嚥					
(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。		はい	いいえ	不明	
(4) (介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。		はい	いいえ	不明	対象外(※3)
(5) (介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。		はい	いいえ	不明	対象外(※3)
■脱水					
(6) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。		はい	いいえ	不明	
■褥瘡					
(7) 過去3か月以内に褥瘡がありましたか。		はい	いいえ	不明	
■認知機能					
(8) 見当識	自分の名前がわかりますか。	はい	いいえ	不明	
	その場にいる人がだれかわかりますか。	はい	いいえ	不明	
	どこにいるかわかりますか。	はい	いいえ	不明	
	今日の年月日がわかりますか。	はい	いいえ	不明	
(9) コミュニケーション	簡単な指示を理解していますか。	はい	いいえ	不明	
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単な会話をしていますか。	はい	いいえ	不明	
	簡単な文章を読んで理解していますか。	はい	いいえ	不明	
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブルなくコミュニケーションが取れていますか。	はい	いいえ	不明	
(10) 認知機能	意識障害がありましたか。	はい	いいえ	不明	
	過去の記憶の再生はできますか。	はい	いいえ	不明	
	簡単な計算はできますか。	はい	いいえ	不明	
	時間管理はできますか。	はい	いいえ	不明	

項目		選択肢			
(11) 周辺症状	暴言・暴行はありますか。	はい	いいえ	不明	
	昼夜逆転はありますか。	はい	いいえ	不明	
	介護に対する抵抗はありますか。	はい	いいえ	不明	
	不適切な場所での排尿はありますか。	はい	いいえ	不明	
■移動					
(12) 歩行・移動	屋内（施設や自宅内で居室から別の部屋へ）の移動をしていますか。	はい	いいえ	不明	
	安定した歩行をおこなっていますか。	はい	いいえ	不明	
	階段昇降をおこなっていますか。	はい	いいえ	不明	
	施設や自宅から外出していますか。	はい	いいえ	不明	
	公共交通機関を利用して外出していますか。 ※自家用車での移動含む。	はい	いいえ	不明	
	移動用具の使用状況	車いす	歩行器	杖	その他（ ）
	移動に器具は用いていない			不明	

※1：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合

※2：人工肛門等の場合

※3：経管栄養・経静脈栄養等の場合

(2) データ項目 ver.2.1 の記載要領

大分類	小分類	選択肢	記載要領 (最終案)
モニタリング情報(1)			
(1) ADL の状況			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は ADL に関する質問です。該当する選択肢 1 つをそれぞれ選んでください。 ・ 一定期間 (調査日より概ね過去 1 週間) の状況について、「日常的に行っているか」に基づいて回答してください。 ・ 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
	入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で行っている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「入浴」とは、浴槽やシャワー室への出入り、入浴行為 (シャワーを浴びることを含みます)、洗身 (胸部、腕、腹部、陰部、太腿、膝下等)、洗髪の一連の行為を言います。 ・ 一連の行為の中で見守りが必要な場合や、洗い残し等、洗浄が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が洗う等の直接支援が必要な場合や、入浴を行っていない場合は「自分で行っていない」を選んでください。
	排泄・排尿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で行っている ・ 自分で行っていない ・ 対象外 (※1) <p>※1: バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「排尿」とは、排尿動作 (ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・尿器への排尿)、陰部の清拭、トイレの水洗、トイレ・ポータブルトイレ・尿器等の排尿後の掃除、オムツ・リハビリパンツ・尿とりパッドの交換、抜去したカテーテルの後始末の一連の行為を言います。トイレまでの移動・移乗は含みません。 ・ 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、拭き残し等があっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合で排尿を行っていない場合は「対象外」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
	排泄・排便	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分でやっている ・ 自分で行っていない ・ 対象外（※2） ※2：人工肛門等の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「排便」とは、排便動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・排便器への排便）、肛門の清拭、トイレの水洗、トイレ・ポータブルトイレ・排便器等の排便後の掃除、オムツ、リハビリパンツの交換、ストーマ（人工肛門）袋の準備・交換・後始末の一連の行為を言います。トイレまでの移動・移乗は含みません。 ・ 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、拭き残し等があっても、全ての行為を自分でやっている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ 人工肛門等の場合で排便を行っていない場合は「対象外」を選んでください。
	食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分でやっている ・ 自分で行っていない ・ 対象外（※3） ※3：経管栄養・経静脈栄養等の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「食事摂取」とは、配膳後の食器から口に入れるまでの食物を摂取する一連の行為を言います。 ・ 一連の行為の中で食事のセッティング、食器の入れ替えや声かけ等が必要であっても、全ての行為を自分でやっている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が食べさせる等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ 経管栄養や経静脈栄養等で経口摂取をしていない場合は「対象外」を選んでください。
	更衣・上衣	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分でやっている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「更衣（上衣）」とは、普段使用している上衣（普段着、下着）等を着脱する一連の行為を言います。衣服の準備や衣服をたたむこと、整理することは含みません。 ・ 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分でやっている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が服を持って構える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
	更衣・下衣	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分でやっている ・ 自分で行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「更衣（下衣）」とは、普段使用している下衣（普段着、下着）等を着脱する一連の行為を言います。衣服の準備や衣服をたたむこと、整理することは含みません。 ・ 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分でやっている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が服を持って構える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
	個人衛生 (洗顔・整髪)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分でやっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「個人衛生」とは、洗顔、整髪のことを言います。 ・「洗顔」とは、タオルの準備、蛇口をひねる、顔を洗う、タオルで拭く、衣服の濡れの確認等の一連の行為を言います。 ・「整髪」とは、ブラシの準備、整髪料の準備、髪をとかす、ブラッシングする等の一連の行為を言います。 ・一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、洗顔・整髪の一連の行為を自分でやっている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・洗顔、整髪のうちいずれかの一連の行為の中で、一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分でやっていない」を選んでください。
(2) 基本動作			<ul style="list-style-type: none"> ・以下は基本動作に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、「日常的に行っているか」に基づいて回答してください。 ・基本動作については、移動状況ではなく、同じ場所で行っている動作について評価してください。 ・一連の動作の中で見守りや声かけが必要な場合であっても、全ての動作を自分でやっている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・一連の動作の中で一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分でやっていない」を選んでください。 ・視力に障害がある方で、付き添いが必要な場合、歩行状態や外出状況に基づいて、同程度の行為を行っているかどうかで評価してください。 ・認知症等の方で、行動障害への見守りが必要な場合、基本動作に対する見守りでなければ、同程度の行為を行っているかどうかのみから評価してください。
	寝返り	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分でやっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「寝返り」とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに身体の向きを変え、そのまま安定した状態になることを言います。 ・一連の動作の中で何かにつかまる、つかまらないにかかわらず、自分で寝返りを行っている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・認知症等の方で、声をかければゆっくりでも寝返りを自分でする場合等、声かけのみでできる場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・一連の動作の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分でやっていない」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
	座位の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分でやっている ・ 自分でやっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「座位の保持」とは、背もたれ、クッション等がなく、手すり等につかまらない状態でベッド等に一定の時間（10分間程度）安定して座っていることを言います。 ・ 介助者の支えや背もたれ、クッション等がなくても自分で座位が保持できる場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 介助者の支えが必要な場合や背もたれ、クッション等に寄り掛からなければ座位が保持できない場合は「自分でやっていない」を選んでください。 ・ 医学的理由（低血圧等）により座位の保持が認められていない場合は「自分でやっていない」を選んでください。
	座位での乗り移り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分でやっている ・ 自分でやっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「座位での乗り移り」とは、車いす等からベッドへの移動等、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の面に移動することを言います。 ・ 一連の動作の中で介助者の支援がなくても自分で座位の乗り移りができる場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 認知症等の方で、必要な動作の確認、指示、声がけのみでできる場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 一連の動作の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分でやっていない」を選んでください。
	立位の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分でやっている ・ 自分でやっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「立位の保持」とは、手すり等につかまらない状態で一定の時間（3分間程度）安定して立っていることを言います。 ・ 介助者の支えや手すり等がなくても自分で立位が保持できる場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・ 介助者の支えが必要な場合や手すり等につかまらなければ立位が保持できない場合は「自分でやっていない」を選んでください。 ・ 円背等の方で、自分の両膝に手を置いている等、自分の体の一部を支えにしなければ立位が保持できない場合は「自分でやっていない」を選んでください。 ・ リハビリテーション等、特殊な状況で、見守り下でのみ立位の保持を行っている場合は「自分でやっていない」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
(3) 排泄の状況			<ul style="list-style-type: none"> 以下は排泄の状況に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。
	尿失禁	<ul style="list-style-type: none"> あり なし 対象外（※1） ※1：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合	<ul style="list-style-type: none"> 「尿失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの用具を使用している場合は、それらを使用した状態における失禁状況を言います。 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、尿失禁があった場合は「あり」を選んでください。そうでなかった場合は「なし」を選んでください。 バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合は「対象外」を選んでください。（自己導尿とは、尿道から膀胱内に細い管（カテーテル）を挿入し、尿を体外に排泄する方法です。）
	便失禁	<ul style="list-style-type: none"> あり なし 対象外（※2） ※2：人工肛門等の場合	<ul style="list-style-type: none"> 「便失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの用具を使用している場合は、それらを使用した状態における失禁状況を言います。 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、便失禁があった場合は「あり」を選んでください。そうでなかった場合は「なし」を選んでください。 人工肛門等の場合は「対象外」を選んでください。
	バルーンカテーテル等の使用	<ul style="list-style-type: none"> あり なし 	<ul style="list-style-type: none"> バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合は「あり」を選んでください。そうでない場合は「なし」を選んでください。
(4) 食事の状況			<ul style="list-style-type: none"> 以下は食事の状況に関する質問です。数字を入力、または該当する選択肢1つを選んでください。 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、回答してください。
	食事の回数	__回	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の1日の食事の回数を入力してください。 利用者に3回の食事が提供されている場合でも、利用者が全く食事に手をつけない回がある場合は、その回はカウントしません。 経管栄養や経静脈栄養等で経口摂取をしていない場合は1日で注入する回数を回答してください。
	食事量の問題	<ul style="list-style-type: none"> 問題あり 問題なし 問題ありの場合→ <ul style="list-style-type: none"> 過食 小食 その他（自由記述） 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の食事量の問題の有無について、該当する選択肢1つを選んでください。 極端に大量に食べてしまう過食の場合や、1日の食事摂取量が少ない、あるいは減っている場合、または1日の食事回数が2回以下であって、1回あたりの食事摂取量が少ない、あるいは減っている場合は「問題あり」を選んでください。そうでない場合は「問題なし」を選んでください。 「問題あり」の場合、その内容について該当する選択肢1つを選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
(5) 視力の状況			
		<ul style="list-style-type: none"> ・問題あり ・問題なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・視力の状況について、該当する選択肢1つを選んでください。 ・「視力の状況」は、日常生活での支障の有無を基準とします。 ・新聞・本の見出しや大きな活字が見える、目の前に置いた視力確認表の図が見えるような場合は、「問題なし」を選んでください。そうでない場合は「問題あり」を選んでください。 ・眼鏡・コンタクトレンズ等を使用している場合は使用している状況で評価してください。 ・視野狭窄・視野欠損等も含めて評価してください。
(6) 薬の状況			<ul style="list-style-type: none"> ・以下は服薬の状況に関する質問です。数字を入力、または該当する選択肢を選んでください。 ・一定期間（調査日より過去1週間）の状況について、回答してください。
	服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を飲んでいる ・薬を飲んでいない ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬状況について、該当する選択肢1つを選んでください。
	飲んでいる場合の薬の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・抗生物質 ・ステロイド剤 ・抗がん剤 ・向精神剤 ・降圧剤 ・鎮痛剤 ・睡眠剤 ・その他（自由記述） ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去1週間について、利用者が服用した薬剤（処方薬に限ります。市販薬は含みません。）の種類を全てを選んでください。
	飲んでいる場合の薬の種類数	__種類	<ul style="list-style-type: none"> ・過去1週間について、利用者が服用した薬剤（処方薬に限ります。市販薬は含みません。）の種類数を入力してください。 ・先発品と後発品を両方使用している場合は、1種類として数えます。 ・局所薬（軟膏、クリーム等）や点眼薬、ビタミン薬も含みます。
(7) 歯の状態			<ul style="list-style-type: none"> ・以下は歯の状態に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれを選んでください。
	義歯の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・義歯の有無について、該当する選択肢1つを選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
	歯磨きの実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でやっている ・自分でやっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯磨きの実施状況について、該当する選択肢1つを選んでください。 ・一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、回答してください。 ・一連の行為の中で見守りが必要な場合や、磨き残しがあっても、全ての行為を自分でやっている場合は「自分でやっている」を選んでください。 ・一連の行為の中で一部でも介助者の直接支援が必要な場合は「自分でやっていない」を選んでください。
(8) 過去3か月間の入院の有無			
		<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月間の入院の有無について、該当する選択肢1つを選んでください。
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無			
		<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月間の在宅復帰の有無について、該当する選択肢1つを選んでください。
(10) 過去3か月間の骨折の有無			
		<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月間の骨折の有無について、該当する選択肢1つを選んでください。
モニタリング情報(2)			
(11) 過去3か月以内に転倒をしましたか。			
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内に転倒をしたかについて、該当する選択肢1つを選んでください。
(12) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。			
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内に37.5度以上の発熱があったかについて、該当する選択肢1つを選んでください。 ・発熱の有無については、介護記録等を参照してください。
(13) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。			
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしたかについて、該当する選択肢1つを選んでください。 ・「誤嚥性肺炎」と診療記録にある場合や、「肺炎」と診療記録にあり、介護記録等に誤嚥の兆候がある場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
(14) (介護に注意が必要な) 嚥下機能の低下がありますか。			
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・対象外 (※3) ・不明 ※3：経管栄養・経静脈栄養等の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能の低下について、該当する選択肢1つを選んでください。 ・「嚥下機能」とは、食物を経口より摂取する際の「えん下（飲み込むこと）」の能力を言います。 ・一定期間（調査日より概ね過去3か月間）の状況について、回答してください。 ・経管栄養や経静脈栄養等で経口摂取をしていない場合は「対象外」を選んでください。
(15) (介護に注意が必要な) 摂食困難な状況がありますか。			
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・対象外 (※3) ・不明 ※3：経管栄養・経静脈栄養等の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・摂食困難な状況があったかについて、該当する選択肢1つを選んでください。 ・一定期間（調査日より概ね過去3か月間）の状況について、回答してください。 ・経管栄養や経静脈栄養等で経口摂取をしていない場合は「対象外」を選んでください。
(16) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。			
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内に脱水状態があったかについて、該当する選択肢1つを選んでください。 ・脱水状態の有無については、介護記録等を参照してください。 ・医師が「脱水症」と診断した場合や、看護師もしくは介護職員が発熱・せん妄傾向・尿量・水分の摂取量等を総合的にみて「脱水状態」と評価した場合は「はい」を選んでください。そうでなかった場合は「いいえ」を選んでください。
(17) 過去3か月以内に褥瘡がありましたか。			
		<ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ ・不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去3か月以内にステージI（通常骨突出部に限局された領域に消退しない発赤を伴う損傷のない皮膚）以上の褥瘡があった場合は「はい」を選んでください。そうでなかった場合は「いいえ」を選んでください。 ・「褥瘡」は、医師・看護師によって診断・評価された褥瘡に限ります。医師・看護師の情報（記録、口頭）にもとづいて記載してください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
認知機能			
(18) 見当識			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は見当識に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・ わかるか（答えられるか）どうかに基づいて回答してください。可能な限り、実際に簡単な質問をして評価してください。 ・ 実際に確認した結果と日常の状況が異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況から評価してください。 ・ せん妄等により、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間の状態に基づいて評価してください。 ・ 聴覚障害や運動失語等で、言葉は理解するが表現できない場合は、言葉以外の表出によって評価してください。 ・ 感覚失語等で、言葉を理解していない場合は「いいえ」を選んでください。
	自分の名前がわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の姓もしくは名前のどちらかでも答えられる場合や、旧姓でも自分の名前を答えられる場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。
	その場にいる人がだれかわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ その場にいる人がだれかわかる場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ その場にいる人の名前はわからなくても、家族か、スタッフか、友人かがわかるかどうかで評価してください。例えば、家族、スタッフ、友人の3つの選択肢を与えて、適切な場合は「はい」を選んでください。
	どこにいるか答えられますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「ここはどこですか」という質問に対して適切に答えられる場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 現在いる場所の所在地や名称はわからなくても、施設等か、自宅か、病院かがわかるかどうかで評価してください。例えば、施設等、自宅、病院の3つの選択肢を与えて、適切な場合は「はい」を選んでください。
	今日の年月日がわかりますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今日の年月日を±1日の誤差で答えられる場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 日によって、答えられたり答えられなかったりする場合は「はい」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
(19) コミュニケーション			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下はコミュニケーションに関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、「日常的にしているか」に基づいて回答してください。 ・ せん妄等により、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間の状態に基づいて評価してください。 ・ 聴覚障害や運動失語等で、言葉は理解するが表現できない場合は、言葉以外の表出によって評価してください。 ・ 感覚失語等で、言葉を理解していない場合は「いいえ」を選んでください。
	簡単な指示を理解していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族やスタッフ等の簡単な指示が通じる場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 感覚失語等で、言語を理解していない場合は「いいえ」を選んでください。
	周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単な会話をしていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普段から簡単な会話を、周囲の人と日常的にしている場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 例えば、友人関係や日常生活、季節等について、1対1でつじつまのあった会話をしているかどうかで評価してください。 ・ 話を聞くだけで、自らは話ができない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 感覚失語等で、言語を理解していない場合は「いいえ」を選んでください。
	簡単な文章を読んで理解していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 書き言葉の内容を読みとり、理解している場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 例えば、注意書きや案内等を理解しているかどうかで評価してください。 ・ 感覚失語等で言語を理解していない場合は「いいえ」を選んでください。
	周囲の人（友人・知人やスタッフ等）とトラブルなくコミュニケーションが取れていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様々な状況で、相手を理解し、相手が不快に思わないようにトラブルなくコミュニケーションが取れている場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 例えば、周囲の人と、それぞれの役割を理解し、感情や衝動を抑え、トラブルを起こさずに生活できているかどうかで評価してください。 ・ 性格や生活習慣等の理由から周囲の人と関わることが好きではない場合はコミュニケーションを取ることができるかどうかで評価してください。 ・ 感覚失語等で、言語を理解していない場合は「いいえ」を選択してください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
(20) 認知機能			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は認知機能に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・ 「できるかどうか」に基づいて評価してください。可能な限り、実際に簡単な質問をして評価してください。 ・ 実際に確認した結果と日常の状況が異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況から評価してください。 ・ せん妄等により、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間の状態に基づいて評価してください。 ・ 聴覚障害や運動失語等で、言葉は理解するが表現できない場合は、言葉以外の表出によって評価してください。 ・ 感覚失語等で、言葉を理解していない場合は「いいえ」を選んでください。
	意識障害がありましたか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去24時間の起きている時間帯に意識の混濁があった場合は「はい」を選んでください。なかった場合は「いいえ」を選んでください。 ・ せん妄や重度の認知症のため、意識混濁があった場合は「はい」を選んでください。
	過去の記憶の再生はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去に体験した出来事等について、正しく思い出すことができる場合は「はい」を選んでください。できない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 例えば、最終学歴や結婚等、数十年前に起きたと考えられることについて質問し、適切に思い出すことができるかどうかで評価してください。
	簡単な計算はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 簡単な計算ができる場合は「はい」を選んでください。できない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 例えば、6+8、7+5等の1桁どうしの単純な加算ができるかどうかで評価してください。おおむね7割程度正解できる場合は「はい」を選んでください。
	時間管理はできますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の時刻がわかり、かつ1時間後に何を行うか理解し、行動している場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 例えば、入浴や食事、リハビリテーションの時刻になると、自らその準備をする等、普段から時間を理解し、行動しているかどうかで評価してください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
(21) 周辺症状			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は周辺症状に関する質問です。該当する選択肢1つをそれぞれ選んでください。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1ヶ月間）の状況について、日常の観察に基づいて回答してください。 ・ せん妄等により、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間の状態に基づいて評価してください。 ・ 聴覚障害や運動失語等で、言葉は理解するが表現できない場合は、言葉以外の表出によって評価してください。 ・ 感覚失語等で、言葉を理解していない場合は、「いいえ」を選んでください。
	暴言・暴行はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「暴言」とは、例えば、他者をおびやかす、どなる、ののしる等の行為を言います。 ・ 「暴行」とは、例えば、他者を打つ、押す、引っかく、性的に虐待する等の行為を言います。 ・ 暴言・暴行がある場合は「はい」を選んでください。ない場合は「いいえ」を選んでください。
	昼夜逆転はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「昼夜逆転」とは、例えば、夜中に何度も目が覚めることがあり、そのために疲労や眠気があり日中に活動できない、もしくは昼と夜の生活が逆転し、通常日中行われる行為を夜間行っている等の状況を言います。 ・ 昼夜逆転がある場合は「はい」を選んでください。ない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 夜間眠れない状態、例えば夜更かし（遅寝遅起き）等単なる生活習慣の場合や、蒸し暑くて寝苦しい、周囲の騒音等で眠れない等の生活環境のために眠れない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ トイレに行くための起床等の場合は「いいえ」を選んでください。
	介護に対する抵抗はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「介護に対する抵抗」とは、服薬や注射を拒否する、食事や体位変換等の直接支援時に介護者を押す等、言葉や態度で介護に抵抗する行為を言います。 ・ 介護に対する抵抗がある場合は「はい」を選んでください。ない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 助言を受け入れない（言っても従わない）場合や、あらかじめ介護に対して拒否の態度を示している等の場合は「いいえ」を選んでください。
	不適切な場所での排尿はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「不適切な場所での排尿」とは、例えば、トイレの場所が分からず他の場所で排尿行為をしてしまう、尿意の感覚が薄く失禁してしまう等の行為を言います。 ・ 不適切な場所での排尿行為がある場合は「はい」を選んでください。ない場合は「いいえ」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
(22) 歩行・移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください。			<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下は歩行・移動に関する質問です。該当する選択肢をそれぞれ1つ選んでください。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、「日常的に行っているか」に基づいて回答してください。 ・ 視力に障害がある方で、付き添いが必要な場合、歩行状態や外出状況に基づいて、同程度の行為を行っているかどうかで評価してください。 ・ 認知症等の方で、必要な行為の確認、指示、声がけのみでできる場合は「はい」を選んでください。
	屋内（施設や自宅内で居室から別の部屋へと）の移動をしていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「屋内の移動」とは、施設等や自宅において、ある部屋から別の部屋等へと移動することを言います。 ・ 一連の行為の中で見守りや声がけが必要な場合や、車いす・歩行器・手すり等を使っている場合であっても、自分で普段から施設内または自宅内での移動を行っている場合は「はい」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が車いすを押す等の直接支援が必要な場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 車いす等を使用している場合は車いす等に移乗した後の移動について評価してください。
	安定した歩行を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「安定した歩行」とは、平らな場所で、立った状態から継続して歩くことを言います。 ・ 一連の行為の中で見守りや声がけが必要な場合や、杖や装具を使っている場合であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「はい」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合や、手すりや壁に手をかけて歩いている場合は「いいえ」を選んでください。 ・ リハビリテーション等、特殊な状況で、一時的に歩行訓練を見守り下で行っている場合は「いいえ」を選んでください。
	階段昇降を行っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「階段昇降」とは、階段を5段以上、手すりに頼らず昇り降りすることを言います。 ・ 普段から5段程度の階段昇降を自分で行っている場合は「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。 ・ 認知症等の方で、必要な行為の確認、指示、声がけのみでできる場合は「はい」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「いいえ」を選んでください。 ・ リハビリテーション等、特殊な状況で、一時的に階段昇降を見守り下で行っている場合は「いいえ」を選んでください。

大分類	小分類	選択肢	記載要領（最終案）
	施設や自宅から外出していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「施設や自宅からの外出」とは、施設等や自宅等、居住地の敷地外へ移動することを言います。 ・ 徘徊や救急搬送、同一施設・敷地内のデイサービス、診療所等への移動は施設等や自宅からの外出に含みません。 ・ 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、車いす・歩行器・手すり等を使っている場合であっても、普段から施設等や自宅から自分で外出している場合は「はい」を選んでください。 ・ 認知症等の方で、必要な行為の確認、指示、声かけのみでできる場合は「はい」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「いいえ」を選んでください。
	公共交通機関を利用して外出を行っていますか。 ※自家用車での移動含む。	<ul style="list-style-type: none"> ・ はい ・ いいえ ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「公共交通機関を利用した外出」とは、バス、電車、飛行機等の公共交通機関を利用して外出することを言います。 ・ 徘徊や救急搬送、同一施設・敷地内のデイサービス、診療所等への移動は公共交通機関を利用した外出に含みません。 ・ 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、車いす・歩行器・手すり等を使っている場合であっても、普段から公共交通機関を利用して外出している場合は「はい」を選んでください。 ・ 認知症等の方で、必要な行為の確認、指示、声かけのみでできる場合は「はい」を選んでください。 ・ 公共交通機関が近くになく、自家用車を利用して外出している場合は「はい」を選んでください。 ・ 一連の行為の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「いいえ」を選んでください。
	移動用具の使用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車いす ・ 歩行器 ・ 杖 ・ その他（自由記述） ・ 移動に器具は用いていない ・ 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「移動用具の使用状況」について、該当する項目を選んでください。 ・ 移動に複数の用具を使用している場合は、該当する項目すべてを選んでください。 ・ 例えば、シルバーカー、短下肢装具等を使用している場合は「その他」を選んでください。

3. データ項目 ver.2.1 の各アセスメント様式との関係性（データ項目 ver.2 の修正結果）

データ項目 ver.2 の設問及び記載要領を修正した結果を踏まえて、データ項目 ver.2.1 と各アセスメント様式との関係性を以下の通り評価した。

平成 27 年度調査結果の表記(データ項目 ver.1 とアセスメント様式との関係性)
◎ 完全一致
○ アセスメント様式には無いが、事業所が持つ情報
△ 部分一致(紐付け可)
× 部分一致(紐付け不可)
— 該当項目なし
/ 該当しない

※以下の表において、データ項目 ver.2 の「自分でやっている」及び「自分でやっていない」の項目は利用者調査の結果からの再掲。「不明」及び「無回答」を除いているため合計は 100%にならないことがある。

(1) ADL の状況

1) 入浴

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成 27 年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分でやっていない」と回答した割合	
ADL の状況 入浴	MDS 方式・ MDS-HC 方式	ADL 自立 度（入浴 過去 7 日 間）	*	自立	100%	0%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分でやっていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				準備のみ	100%	0%	
				観察	46%	54%	
				部分的な援助	17%	81%	
				広範な援助	4%	96%	
				最大の援助	0%	100%	
	全面依存	0%	100%				
	居宅サービス 計画ガイドライ ン方式	洗身	*	介助されていない	86%	14%	評価対象とする行為の範囲が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				一部介助	20%	79%	
				全介助	6%	94%	
	包括的自立支 援プログラム 方式	洗身	*	行っていない	15%	85%	評価対象とする行為の範囲が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				自立	12%	88%	
				一部介助	8%	92%	
				全介助	1%	99%	
	R4	入浴動作	*	安定した浴槽の出入りと洗身を行っている	33%	67%	記載要領に、不十分であっても全ての行為を自分でやっている場合は「自分でやっている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				第三者の援助なしで入浴を行っている	14%	71%	
一般浴室内での座位保持は行っている。その他、入浴に必要な様々な介助がなされている				9%	91%		
入浴(特浴など)は行っている				2%	98%		
入浴は行っていない				0%	100%		

* 本項目はデータ項目 ver.2 において追加された新規項目であり、平成 27 年度調査において未整理である。

2) 排泄(排尿)

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
ADLの状況 排泄(排尿)	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	*	—	—	—	—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	排尿	*	介助されていない	97%	3%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	90%	10%	
				一部介助	57%	41%	
				全介助	6%	94%	
	包括的自立支援プログラム方式	排尿	*	自立	74%	26%	記載要領に、不十分であっても全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	59%	41%	
				一部介助	23%	77%	
				全介助	1%	99%	
	R4	排泄の動作	*	排泄の後始末を行っている	84%	14%	記載要領に、不十分であっても全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている	38%	62%	
				洋式便器への移乗は行っている	20%	80%	
				洋式トイレへの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている	3%	97%	
尿閉や医療的な身体管理のために膀胱等のカテーテルなどを使用している				0%	100%		

* 本項目はデータ項目 ver.2 において追加された新規項目であり、平成 27 年度調査において未整理である。

3) 排泄(排便)

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
ADLの状況 排泄(排便)	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	*	—	—	—	—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	排便	*	介助されていない	95%	3%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	76%	24%	
				一部介助	56%	44%	
				全介助	6%	94%	
	包括的自立支援プログラム方式	排便	*	自立	73%	27%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	58%	42%	
				一部介助	23%	77%	
				全介助	1%	99%	
	R4	排泄の動作	*	排泄の後始末を行っている	82%	16%	記載要領に、不十分であっても全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている	35%	65%	
				洋式便器への移乗は行っている	16%	84%	
				洋式トイレへの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている	3%	97%	
尿閉や医療的な身体管理のために膀胱等のカテーテルなどを使用している				0%	100%		

* 本項目はデータ項目 ver.2 において追加された新規項目であり、平成 27 年度調査において未整理である。

4) 食事摂取

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
ADL の状況 食事摂取	MDS方式・MDS-HC方式	ADL 自立度(食事)	*	自立	97%	1%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				準備のみ	94%	6%	
				観察	95%	5%	
				部分的な援助	64%	36%	
				広範な援助	33%	67%	
				最大の援助	17%	83%	
	全面依存	0%	100%				
	居宅サービス計画ガイドライン方式	食事摂取	*	介助されていない	98%	1%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	97%	3%	
				一部介助	44%	56%	
				全介助	5%	95%	
	包括的自立支援プログラム方式	食事摂取	*	自立	94%	6%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	98%	2%	
				一部介助	68%	32%	
				全介助	1%	99%	
	R4	食事～食事動作および食事介助	*	箸やフォークを使って食べこぼしをせず、上手に食べることを行っている	98%	1%	記載要領に、不十分であっても全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
食べこぼしながらも何とか自分で食べることを行っている				95%	5%		
食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている				64%	36%		
直接的な介助があれば食べることを行っている				5%	95%		
直接的な介助をしなくても食べることを行っていない				0%	100%		

* 本項目はデータ項目 ver.2 において追加された新規項目であり、平成 27 年度調査において未整理である。

5) 更衣 (上衣)

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
ADL の状況 更衣 (上衣)	MDS方式・MDS-HC方式	ADL 自立度(上半身の更衣)	*	自立	93%	4%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				準備のみ	86%	14%	
				観察	76%	24%	
				部分的な援助	32%	68%	
				広範な援助	14%	86%	
				最大の援助	5%	95%	
	全面依存	0%	100%				
	居宅サービス計画ガイドライン方式	上衣の着脱	*	介助されていない	94%	4%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	73%	27%	
				一部介助	38%	61%	
				全介助	3%	97%	
	包括的自立支援プログラム方式	上衣の着脱	*	介助されていない	75%	25%	調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
				見守り等	80%	20%	
				一部介助	16%	84%	
				全介助	1%	99%	
	R4	整容～衣服の着脱	*	衣服の整理を行っている	96%	4%	記載要領に、不十分であっても全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
スポンやパンツの着脱は行っている				68%	29%		
ボタンのかけはずしは行っている				58%	43%		
上衣の片袖を通すことは行っている				12%	88%		
			上衣の片袖を通すことを行っていない	6%	94%		

* 本項目はデータ項目 ver.2 において追加された新規項目であり、平成 27 年度調査において未整理である。

6) 更衣 (下衣)

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
ADL の状況 更衣 (下衣)	MDS 方式・MDS-HC 方式	ADL 自立度 (下半身の更衣)	*	自立	95%	3%	記載要領に一部でも介助が行われている場合、「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				準備のみ	75%	25%	
				観察	73%	27%	
				部分的な援助	34%	66%	
				広範な援助	14%	86%	
				最大の援助	0%	100%	
	全面依存	0%	100%				
	居宅サービス計画ガイドライン方式	ズボン等の着脱	*	介助されていない	94%	4%	記載要領に一部でも介助が行われている場合、「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	70%	30%	
				一部介助	39%	60%	
				全介助	2%	98%	
	包括的自立支援プログラム方式	ズボン、パンツ等の着脱	*	介助されていない	62%	38%	調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
				見守り等	72%	28%	
				一部介助	16%	84%	
				全介助	0%	100%	
	R4	整容～衣服の着脱	*	衣服の整理を行っている	89%	11%	記載要領に、不十分であっても全ての動作を自分で行っている場合は「自分でやっている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
ズボンやパンツの着脱は行っている				54%	41%		
ボタンのかけはずしは行っている				25%	75%		
上衣の片袖を通すことは行っている				3%	97%		
上衣の片袖を通すことを行っていない				0%	100%		

* 本項目はデータ項目 ver.2 において追加された新規項目であり、平成 27 年度調査において未整理である。

7) 個人衛生 (洗顔・整髪)

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
ADL の状況 個人衛生 (洗顔・整髪)	MDS 方式・MDS-HC 方式	ADL 自立度 (個人衛生)	*	自立	74%	23%	個人衛生に含まれる行為の内容が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				準備のみ	47%	50%	
				観察	19%	74%	
				部分的な援助	19%	81%	
				広範な援助	0%	100%	
				最大の援助	12%	88%	
	全面依存	0%	100%				
	居宅サービス計画ガイドライン方式	洗顔	*	介助されていない	65%	35%	調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
				一部介助	20%	80%	
				全介助	8%	93%	
		整髪	*	介助されていない	62%	38%	
				一部介助	18%	82%	
				全介助	9%	91%	
	包括的自立支援プログラム方式	洗顔	*	自立	34%	66%	記載要領に、不十分であっても全ての動作を自分で行っている場合は「自分でやっている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				一部介助	9%	91%	
				全介助	1%	99%	
整髪		*	自立	31%	69%		
			一部介助	11%	89%		
			全介助	2%	98%		
R4	整容～整容	*	爪を切ることを自分でやっている	100%	0%	個人衛生に含まれる行為の内容を変更したことにより、概ね読み替え可能と考えられた。	
			髻剃りやスキンケア、整髪は自分でやっている	28%	70%		
			洗顔は自分でやっている	13%	87%		
			手洗いは自分でやっている	0%	100%		
			手洗いを自分で行っていない	0%	100%		

* 本項目はデータ項目 ver.2 において追加された新規項目であり、平成 27 年度調査において未整理である。

基本動作

1) 寝返り

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
基本動作 寝返り	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—			—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	寝返り	△	つかまらないでできる	95%	3%	記載要領に「日常的に行っているか」を評価項目とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				何かつかまればできる	96%	4%	
				できない	35%	63%	
	包括的自立支援プログラム方式	寝返り	△*	つかまらないでできる	91%	9%	調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
				何かつかまればできる	84%	16%	
				できない	3%	97%	
	R4	基本動作	◎	両足での立位の保持を行っている	95%	3%	記載要領に、見守りや声掛けのみの場合は「自分でやっている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				座位での乗り移りは行っている	97%	3%	
				座位の保持は行っている	68%	32%	
寝返りは行っている				36%	64%		
寝返りは行っていない				4%	96%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

2) 座位の保持

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合	
基本動作 座位の保持	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—			—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	座位保持	△	できる	97%	3%	記載要領に介助者の支え等が必要な場合、「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				自分の手で支えればできる	96%	4%	
				支えてもらえばできる	51%	47%	
				できない	15%	85%	
	包括的自立支援プログラム方式	座位保持	△*	できる	93%	7%	記載要領に介助者の支え等が必要な場合、「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				自分の手で支えればできる	89%	11%	
				支えてもらえばできる	36%	64%	
				できない	0%	100%	
	R4	基本動作	◎	両足での立位の保持を行っている	97%	0%	記載要領に介助者の支え等が必要な場合、「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
座位での乗り移りは行っている				97%	3%		
座位の保持は行っている				79%	21%		
寝返りは行っている				36%	64%		
寝返りは行っていない				8%	92%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

3) 座位での乗り移り

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果	
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2			
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合		
基本動作 座位での 乗り移り	MDS方式・ MDS-HC方式	ADL自立度（移乗）	△	自立	94%	4%	記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。	
				準備のみ	80%	20%		
				観察	76%	21%		
				部分的な援助	38%	62%		
				広範な援助	0%	100%		
				最大の援助	13%	87%		
	全面依存	3%	97%					
	居宅サービス計画ガイドライン方式	移乗	△	介助されていない	97%	3%		記載要領に一部でも介助が行われている場合は「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				見守り等	83%	16%		
				一部介助	51%	49%		
				全介助	6%	94%		
	包括的自立支援プログラム方式	移乗	△*	介助されていない	89%	11%		調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
				見守り等	75%	25%		
				一部介助	22%	78%		
				全介助	1%	98%		
	R4	基本動作	◎	両足での立位の保持を行っている	92%	5%		調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
座位での乗り移りは行っている				82%	18%			
座位の保持は行っている				21%	79%			
寝返りは行っている				21%	79%			
寝返りは行っていない				0%	100%			

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

4) 立位の保持

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果	
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2			
					「自分でやっている」と回答した割合	「自分で行っていない」と回答した割合		
基本動作 立位の 保持	MDS方式・ MDS-HC方式	該当項目なし	-	-	-	-	記載要領に「日常的に行っているか」を評価項目とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。	
				居宅サービス計画ガイドライン方式	両足での立位保持	△		支えなしでできる
	包括的自立支援プログラム方式	両足での立位保持	△*	支えなしでできる	82%	18%		記載要領に、見守りや声掛けのみの場合は「自分でやっている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				何か支えがあればできる	44%	56%		
				できない	2%	98%		
	R4	基本動作	◎	両足での立位の保持を行っている	87%	10%		記載要領に、見守りや声掛けのみの場合は「自分でやっている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
				座位での乗り移りは行っている	52%	48%		
				座位の保持は行っている	26%	74%		
				寝返りは行っている	7%	93%		
				寝返りは行っていない	8%	92%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

(2) 見当識

1) 自分の名前がわかりますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「はい」と回答した割合	「いいえ」と回答した割合	
見当識 自分の名前がわかりますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—	—	—	—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	自分の名前を答える	◎	できる	98%	1%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				できない	63%	19%	
	包括的自立支援プログラム方式	自分の名前を答えることができる	◎*	できる	98%	2%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				できない	26%	60%	
	R4	認知機能～オリエンテーション	◎	年月日がわかる	98%	0%	調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
現在いる場所の種類はわかる				100%	0%		
その場にいる人が誰だかわかる				100%	0%		
自分の名前はわかる				79%	17%		
			自分の名前がわからない	13%	63%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

2) その場にいる人がだれか分かりますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「はい」と回答した割合	「いいえ」と回答した割合	
見当識 その場にいる人がだれか分かりますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—	—	—	—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—	—	—	—
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—	—	—	—
	R4	認知機能～オリエンテーション	◎	年月日がわかる	96%	2%	記載要領において、評価項目を揃えたことにより、読み替え可能になると考えられた。
				現在いる場所の種類はわかる	87%	13%	
				その場にいる人が誰だかわかる	65%	23%	
自分の名前はわかる				28%	62%		
			自分の名前がわからない	13%	50%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

3) どこにいるかわかりますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「はい」と回答した割合	「いいえ」と回答した割合	
見当識 どこにいるかわかりますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—	—	—	—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	自分のいる場所を答える	◎	できる	94%	5%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				できない	28%	65%	
	包括的自立支援プログラム方式	自分のいる場所を答えることができる	◎*	できる	88%	10%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				できない	8%	85%	
	R4	認知機能～オリエンテーション	◎	年月日がわかる	93%	6%	記載要領において、評価項目を揃えたことにより、読み替え可能になると考えられた。
現在いる場所の種類はわかる				80%	18%		
その場にいる人が誰かわかる				35%	55%		
自分の名前はわかる				3%	83%		
			自分の名前がわからない	0%	50%		

4) 今日の年月日がわかりますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「はい」と回答した割合	「いいえ」と回答した割合	
見当識 今日の年月日がわかりますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—	—	—	—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—	—	—	—
				—	—	—	—
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—	—	—	—
				—	—	—	—
	R4	認知機能～オリエンテーション	◎	年月日がわかる	83%	15%	記載要領において、評価項目を揃えたことにより、読み替え可能になると考えられた。
現在いる場所の種類はわかる				47%	49%		
その場にいる人が誰かわかる				19%	71%		
自分の名前はわかる				0%	90%		
			自分の名前がわからない	0%	63%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

(3) コミュニケーション

1) 簡単な指示を理解していますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「できる」と回答した割合	「できない」と回答した割合	
コミュニケーション 簡単な指示を理解していますか。	MDS方式・MDS-HC方式	他者を理解できる(理解力)	△	理解できる	89%	9%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				通常は理解できる	95%	3%	
				しばしば理解できる	86%	14%	
				時々理解できる	29%	62%	
				ほとんどまたはまったく理解できない	0%	73%	
	居宅サービス計画ガイドライン方式	介護者の発言への反応	×	介護者の言っていることが通じる	80%	17%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				介護者の言っていることがときどき通じる	47%	37%	
				介護者の言っていることが通じない	73%	27%	
	包括的自立支援プログラム方式	介護者の指示への反応	×*	介護者の指示が通じる	93%	5%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				介護者の指示がときどき通じる	50%	39%	
				介護者の指示が通じない	6%	76%	
	R4	認知機能～コミュニケーション	◎	複雑な人間関係を保っている	100%	0%	設問を評価しやすい項目に変更したため、調査結果から読み替え可能か判断できないと考えられた。
書き言葉は理解している				88%	6%		
日常会話は行っている				76%	22%		
話し言葉は理解している				52%	36%		
話し言葉の理解はできない				0%	75%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

2) 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単な会話をしていますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「できる」と回答した割合	「できない」と回答した割合	
コミュニケーション 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話をしていますか。	MDS方式・MDS-HC方式	自分を理解させることができる(伝達能力)	△	理解させることができる	94%	3%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				通常は理解させることができる	98%	2%	
				しばしば理解させることができる	97%	3%	
				時々理解させることができる	69%	31%	
				ほとんどまたはまったく理解させることができない	31%	69%	
	居宅サービス計画ガイドライン方式	意思の伝達	×	調査対象者が意思を他者に伝達できる	98%	2%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				ときどき伝達できる	90%	8%	
				ほとんど伝達できない	68%	29%	
				できない	33%	67%	
	包括的自立支援プログラム方式	意思の伝達	×*	調査対象者が意思を他者に伝達できる	97%	2%	評価項目が一致していないため、読み替えは困難と考えられた。
				ときどき伝達できる	86%	14%	
				ほとんど伝達できない	60%	40%	
できない				20%	80%		
R4	認知機能～コミュニケーション	◎	複雑な人間関係を保っている	100%	0%	設問を評価しやすい項目に変更したことにより、読み替え可能になると考えられた。	
			書き言葉は理解している	94%	3%		
			日常会話は行っている	95%	5%		
			話し言葉は理解している	56%	40%		
			話し言葉の理解はできない	25%	75%		

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

3) 簡単な文章を読んで理解していますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「できる」と回答した割合	「できない」と回答した割合	
コミュニケーション 簡単な文章を読んで理解していますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—			—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—			—
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—			—
	R4	認知機能～コミュニケーション	◎	複雑な人間関係を保っている	96%	2%	設問を評価しやすい項目に変更したことにより、読み替え可能になると考えられた。
			書き言葉は理解している	85%	12%		
			日常会話は行っている	53%	36%		
			話し言葉は理解している	32%	60%		
				話し言葉の理解はできない	8%	75%	

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

4) 周囲の人（友人・知人やスタッフ等）とトラブル無くコミュニケーションが取れていますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「できる」と回答した割合	「できない」と回答した割合	
コミュニケーション 周囲の人（友人・知人やスタッフ等）とトラブル無くコミュニケーションが取れていますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—			—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—			—
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—			—
	R4	認知機能～コミュニケーション	◎	複雑な人間関係を保っている	94%	4%	設問を評価しやすい項目に変更したことにより、読み替え可能になると考えられた。
			書き言葉は理解している	82%	15%		
			日常会話は行っている	67%	31%		
			話し言葉は理解している	20%	76%		
				話し言葉の理解はできない	8%	92%	

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

(4) 認知機能

1) 意識障害がありましたか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「いいえ」と回答した割合	「はい」と回答した割合	
認知機能意識障害がありましたか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—	—	—	
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—	—	—	
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—	—	—	
	R4	認知機能～精神活動	◎	時間管理ができる 簡単な算術計算はできる 記憶の再生はできる 意識の混濁はない 意識の混濁があった	92% 94% 84% 94% 44%	6% 6% 11% 6% 33%	設問を評価しやすい項目に変更したことにより、読み替え可能になると考えられた。

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

2) 過去の記憶の再生はできますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「はい」と回答した割合	「いいえ」と回答した割合	
認知機能過去の記憶は再生できますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—	—	—	
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—	—	—	
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—	—	—	
	R4	認知機能～精神活動	◎	時間管理ができる 簡単な算術計算はできる 記憶の再生はできる 意識の混濁はない 意識の混濁があった	88% 60% 58% 15% 11%	10% 34% 40% 71% 44%	設問を評価しやすい項目に変更したことにより、読み替え可能になると考えられた。

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

3) 簡単な計算はできますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「はい」と回答した割合	「いいえ」と回答した割合	
認知機能簡単な計算はできますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—			—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—			—
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—			—
	R4	認知機能～精神活動	◎	時間管理ができる 簡単な算術計算はできる 記憶の再生はできる 意識の混濁はない 意識の混濁があった	88% 91% 47% 21% 0%	10% 6% 49% 76% 89%	調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

4) 時間管理はできますか。

データ項目	アセスメント様式	アセスメント項目	平成27年度調査結果	調査結果			見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目 ver.2		
					「はい」と回答した割合	「いいえ」と回答した割合	
認知機能時間管理はできますか。	MDS方式・MDS-HC方式	該当項目なし	—	—			—
	居宅サービス計画ガイドライン方式	該当項目なし	—	—			—
	包括的自立支援プログラム方式	該当項目なし	—*	—			—
	R4	認知機能～精神活動	◎	時間管理ができる 簡単な算術計算はできる 記憶の再生はできる 意識の混濁はない 意識の混濁があった	86% 46% 31% 3% 0%	10% 46% 69% 97% 89%	調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。

* 包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目 ver.2 と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

X 結果のまとめと課題

1. 調査結果のまとめ

本調査では、アセスメント様式等の実態調査（施設・事業所調査）及び過年度事業において作成したデータ項目 ver. 2 と他のアセスメント様式の読み替え可能性に関する調査を実施した。

アセスメント様式の読み替え可能性に関する調査では、アセスメント様式等の実態調査結果に基づき、広く使用されているアセスメント様式として、MDS 方式・MDS-HC 方式、居宅サービス計画ガイドライン方式、包括的自立支援プログラム方式、R4 の 4 様式を対象にデータ項目 ver. 2 との関係性を調べた。その結果、ADL や基本動作については概ね読み替え可能であると考えられたが、見当識、コミュニケーション、認知機能、周辺症状、歩行・移動については、各様式のアセスメント結果が同一であっても、「自分で行っている」と「自分で行っていない」等、データ項目 ver. 2 において評価が分かれるケースが多くみられた。

さらに、利用者調査において評価が分かれたケース等について、具体的な事例等を収集することを目的に訪問ヒアリング調査を実施した。

以上の調査を踏まえ、データ項目 ver. 2 がより現場で使用しやすい様式となるよう、データ項目の設定及び記載要領の見直し・修正を実施し、データ項目 ver. 2. 1 として再整理した。その結果、ADL や基本動作に関する項目については、アセスメント項目とデータ項目 ver. 2. 1 の読み替えが可能になると考えられ、より簡便かつより正確にデータが収集でき、介護サービスの質の評価の検討に資することが期待される。一方、見当識、コミュニケーション、認知機能、周辺症状、歩行・移動については、以上の見直し、修正を踏まえても評価が難しく、今後の更なる検討が必要な事項として課題が残った。

2. 今後の課題

以下の事項については、本調査において十分な議論・検討ができず、結論が得られなかった。データ項目 ver. 2. 1 をさらに現場で使用しやすい様式とするため、今後更なる検討が必要である。

(1) 評価基準に関する検討

データ項目 ver. 2. 1 では各評価項目に対し、「自分で行っている」／「自分で行っていない」という観点から評価することとしている。その他、「できる」／「できない」、「介助者の支援が必要である」／「介助者の支援が必要でない」といった評価軸も考えられるが、今回は評価の簡便さ、明確さ、信頼性、客観的に判断可能かといった観点から「自分で行っている」／「自分で行っていない」を評価軸とした。ただし、介護サービスの質を評価する上で妥当か、アセスメント情報を共有する上で妥当か等、データ項目 ver. 2. 1 の利用目的に照らして適切であるか、今後の検討が必要である。

(2) 評価者に関する検討

データ項目 ver. 2. 1 は基本的に介護支援専門員や介護職員等が簡便に評価できる項目とすることを想定しているが、例えば、誤嚥性肺炎や脱水、褥瘡の評価等、医師や看護師等の専門職による評価が好ましいと考えられる評価項目もあり、各評価項目の評価者、収集方法等について検討が必要である。

(3) 評価の頻度・期間に関する検討

データ項目 ver. 2.1 について評価の頻度や期間は十分に議論されていない。データ項目 ver. 2.1 の利用目的に照らして、適切な評価の頻度・期間を設定する必要がある。

(4) 評価項目に関する検討

① 項目の再整理

読み替え可能性に関する調査結果を踏まえ、修正・見直しを実施した ADL の状況及び基本動作以外の項目については引き続き検討が必要である。

特に、本調査の検討において、他の様式との読み替えが難しいと考えられた見当識、コミュニケーション、認知機能、周辺症状、歩行・移動については、全体的な評価項目数や項目の妥当性、収集可能性等の観点から、評価項目の再設定も含めて整理が必要である。

② 項目の追加

データ項目 ver2.1 の評価項目は心身機能に関する項目が主であり、参加や活動に関する項目や環境に関する項目について不足していることはこれまでも指摘されており、訪問ヒアリング調査でも意見のあったところである。また、心身機能についても、拘縮、麻痺、痛み等の身体症状に関する項目は現時点で含まれていない。また、利用者の満足度といった主観的な評価も追加を検討する余地がある。

今後、参加や活動に関する項目、身体症状に関する項目、家族の状況や経済面等を含めた環境に関する項目についても評価項目の追加を検討する必要がある。

③ 対象者の整理

食事摂取の状況について経管栄養・経静脈栄養の場合、排泄の状況についてカテーテル管理やストーマ管理の場合等、データ項目 ver. 2.1 の評価項目による評価が適切でないと考えられるケースがある。今回は「対象外」という選択肢を設けたが、より好ましい取り扱いや「対象外」として含まれるケースの洗い出し等が十分に検討されておらず、今後の課題である。

④ 評価項目の信頼性

これまでの調査結果から、既存の評価項目に関しては妥当性の確認を行ったところである。一方で、各評価項目に関して信頼性の検証にまでは至っておらず、今後の課題である。

3. データ項目 ver.2.1 と課題の整理

データ項目 ver. 2.1 の各評価項目について本調査における検討状況と今後の検討課題は以下の通りである。

データ項目 ver. 2.1		本調査における検討状況と今後の検討課題	
モニタリング情報(二)	(1) ADL の状況	入浴	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理された。
		排泄・排尿	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理されたが、例えばカテーテル管理の場合等、対象者の取り扱いについて検討が必要である。
		排泄・排便	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理されたが、例えばストーマの場合等、対象者の取り扱いについて検討が必要である。
		食事摂取	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理されたが、例えば経管栄養の場合等、対象者の取り扱いについて検討が必要である。
		更衣・上衣	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理された。
		更衣・下衣	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理された。
		個人衛生(洗顔・整髪)	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理されたが、個人衛生の行為の内容について引き続き検討が必要である。
	(2) 基本動作	寝返り	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理された。
		座位の保持	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理された。
		座位での乗り移り	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理された。
		立位の保持	互換性調査及び評価項目、記載要領の修正、見直しにより概ね整理された。
	(3) 排泄の状況	尿失禁	例えばカテーテル管理の場合等、対象者の取り扱いについて検討が必要である。
		便失禁	例えばストーマの場合等、対象者の取り扱いについて検討が必要である。
		バルーンカテーテル等の使用	上記を踏まえて、評価項目について検討する必要がある。
	(4) 食事の状況	食事の回数	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
		食事量の問題	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	(5) 視力の状況		本調査において十分に検討されておらず、今後引き続き検討を行う。
	(6) 薬の状況	服薬状況	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
		飲んでいる場合の薬の種類	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
		飲んでいる場合の薬の種類数	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
(7) 歯の状態	義歯の有無	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。	
	歯磨きの実施状況	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。	
(8) 過去3か月間の入院の有無		評価の頻度や期間について検討が必要である。	
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無		評価の頻度や期間について検討が必要である。	
(10) 過去3か月間の骨折の有無		評価の頻度や期間について検討が必要である。	

データ項目 ver. 2.1		本調査における検討事項と今後の課題		
■ 転倒	(11) 過去3か月以内に転倒をしましたか。	評価の頻度や期間について検討が必要である。		
	■ 発熱	(12) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。	評価の頻度や期間について検討が必要である。	
		(13) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。	評価の頻度や期間について検討が必要である。また、専門的な職種の評価が好ましい項目と考えられ、評価者や収集方法について検討する必要がある。	
	■ 誤嚥	(14) (介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。	評価の頻度や期間について検討が必要である。また、専門的な職種の評価が好ましい項目と考えられ、評価者や収集方法について検討する必要がある。	
		(15) (介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。	評価の頻度や期間について検討が必要である。また、専門的な職種の評価が好ましい項目と考えられ、評価者や収集方法について検討する必要がある。	
	■ 脱水	(16) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。	評価の頻度や期間について検討が必要である。また、専門的な職種の評価が好ましい項目と考えられ、評価者や収集方法について検討する必要がある。	
	■ 褥瘡	(17) 過去3か月以内に褥瘡がありましたか。	評価の頻度や期間について検討が必要である。また、専門的な職種の評価が好ましい項目と考えられ、評価者や収集方法について検討する必要がある。	
モニタリング情報(2)	(18) 見当識	自分の名前がわかりますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
		その場にいる人がだれかわかりますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
		どこにいるか答えられますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
		今日の年月日がわかりますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
	■ 認知機能	(19) コミュニケーション	簡単な指示を理解していますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。
			周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単な会話をしていますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。
			簡単な文章を読んで理解していますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。
			周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブルなくコミュニケーションが取れていますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。
	(20) 認知機能	意識障害がありましたか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
		過去の記憶の再生はできますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
		簡単な計算はできますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
	(21) 周辺症状	時間管理はできますか。	互換性調査の結果、十分に整理されておらず、引き続き検討が必要である。	
		暴言・暴行はありますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。	

データ項目 ver. 2.1		本調査における検討事項と今後の課題
■ 移動 (22) 歩行・移動	昼夜逆転はありますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	介護に対する抵抗はありますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	不適切な場所での排尿はありますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	屋内（施設や自宅内で居室から別の部屋へと）の移動をしていますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	安定した歩行をおこなっていますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	階段昇降をおこなっていますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	施設や自宅から外出していますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	公共交通機関を利用して外出をおこなっていますか。	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。
	移動用具の使用状況	本調査において十分に検討されておらず、項目の妥当性等について今後引き続き検討を行う。

参 考 資 料

1. 調查票
2. 結果概要

1. 調査票

(1) 介護老人保健施設票

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 (index.php)

↑ トップページ (index.php) > 介護老人保健施設票

介護老人保健施設票

この調査票は、貴施設の管理者または責任者をご記入下さい。

特に指定の無い限り、平成29年8月2日（水）現在の状況についてご回答下さい。

数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご入力下さい。

ご回答後、本ページ下部の「登録する」ボタンを押して登録して下さい。

問1 基本情報

(1) 開設主体	<input type="radio"/> 1. 社会福祉法人	<input type="radio"/> 5. その他
	<input type="radio"/> 2. 医療法人	具体的に
	<input type="radio"/> 3. 特定非営利活動法人	<input type="radio"/> 6. わからない
	<input type="radio"/> 4. 営利法人	
	(2) 開設年	<input type="text"/> 西暦 年 <input type="text"/> 月
	(3) 定員数	<input type="text"/> 人

問2 利用者の状況 平成29年8月2日（水）の状況

① 該当者がいない場合は0を入力してください。

(1) 利用者の実人数（要介護度別）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人

(2) 利用者の実人数（認知症高齢者日常生活自立度別）

自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明
<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人

問3 職員体制 平成29年8月2日（水）の状況

① 該当者がいない場合は0を入力してください。

	(1) 常勤	(2) 非常勤
職員の総数	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
① 医師	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
② 歯科医師	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
③ 薬剤師	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
④ 看護師	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
⑤ 准看護師	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
⑥ 理学療法士	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
⑦ 作業療法士	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人

⑧ 言語聴覚士	0	人	0	人
⑨ 歯科衛生士	0	人	0	人
⑩ 栄養士	0	人	0	人
⑪ うち、管理栄養士	0	人	0	人
⑫ 介護支援専門員	0	人	0	人
⑬ 介護職員	0	人	0	人
⑭ その他の職員数	0	人	0	人

問4 貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス

① (1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。

② ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1) (2) 居宅サービス

1. 訪問介護
 2. 訪問入浴
 3. 訪問看護
 4. 訪問リハビリ
 5. 通所介護
 6. 通所リハビリ
 7. 短期入所生活介護、療養介護
 8. 特定施設入居者生活介護
 9. 福祉用具貸与、販売
 10. 居宅介護支援

(1) (2) 施設サービス

20. 介護老人福祉施設
 21. 介護療養型医療施設

(1) (2) 医療サービス

22. 病院
 23. 診療所（在宅支援診療所）
 24. 診療所（在宅支援診療所以外）

(1) (2) 地域密着型サービス

11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 12. 夜間対応型訪問介護
 13. 認知症対応型通所介護
 14. 小規模多機能型居宅介護
 15. 認知症対応型共同生活介護
 16. 地域密着型特定施設入居者生活介護
 17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護
 18. 看護小規模多機能型居宅介護
 19. 地域密着型通所介護

(1) (2) その他

25. サービス付き高齢者向け住宅
 26. 有料老人ホーム
 27. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス、A、B）
 28. 旧高齢者専用賃貸住宅
 29. 地域包括支援センター（在宅介護支援センター）
 30. 特になし

問5 アセスメントの実施状況

(1) アセスメントの実施頻度

1. 概ね月1回
 2. 概ね3ヶ月に1回
 3. 概ね半年に1回
 4. 概ね1年に1回
 5. 状態が変化した場合のみ
 6. 特に決まっていない
 7. その他

具体的な実施頻度を記載してください

使用しているアセスメント様式についてお問い合わせください。

(2) 主に使用しているアセスメント様式

① 選択肢のうち、1～9に関しては、項目等を変更せずに使用している場合に印をつけてください。

- 1. インターライ方式
- 2. MDS方式・MDS-HC方式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. 法人・事業所の独自様式
※上記等の様式を参考にしておらず、完全に独自様式の場合
- 11. その他 ※上記1～9の一部を変更している場合も含む

具体的なアセスメントの名称を記載してください

12. 名称不明

- 身体機能・起居動作等に関する項目
(項目例：麻痺・拘縮、起き上がり、体位の保持、洗身、視力・聴力等)
- 生活機能に関する項目
(項目例：移動、嚥下、食事摂取、排尿・排便、口腔清潔、洗顔、整髪等)
- 認知機能に関する項目
(項目例：意思の伝達、日課の理解、短期記憶、場所の理解、徘徊等)
- 精神・行動障害に関する項目
(項目例：被害的、作話、感情が不安定、昼夜逆転、介護に抵抗、独り言等)
- 社会生活への適応に関する項目
(項目例：薬の内服、金銭管理、日常の意思決定、集団への不適応等)
- 特別な医療、既往等に関する項目
(項目例：受けている処置内容、転倒、褥瘡、誤嚥性肺炎の発生等)

その他の項目

具体的な項目を記載してください

わからない

(3) 「10.法人・事業所の独自様式」を選択した場合、独自様式において収集している項目

① 複数選択可

可能であれば、ID・パスワード等に関する郵送物に同封されている返信用封筒にて独自様式をご返送ください

- 1. インターライ方式
- 2. MDS方式・MDS-HC方式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. その他

具体的なアセスメントの名称を記載してください

(4) 「11.その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式及び変更を加えた項目

①元としたアセスメント様式

- 身体機能・起居動作等に関する項目
(項目例：麻痺・拘縮、起き上がり、体位の保持、洗身、視力・聴力等)
- 生活機能に関する項目
(項目例：移動、嚥下、食事摂取、排尿・排便、口腔清潔、洗顔、整髪等)
- 認知機能に関する項目
(項目例：意思の伝達、日課の理解、短期記憶、場所の理解、徘徊等)
- 精神・行動障害に関する項目
(項目例：被害的、作話、感情が不安定、昼夜逆転、介護に抵抗、独り言等)
- 社会生活への適応に関する項目
(項目例：薬の内服、金銭管理、日常の意思決定、集団への不適応等)
- 特別な医療、既往等に関する項目
(項目例：受けている処置内容、転倒、褥瘡、誤嚥性肺炎の発生等)
- その他の項目
- わからない

(5) (2)で選択したアセスメント様式についての意見を伺います。

- | | | | | |
|----------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 項目数 | <input type="radio"/> 1. 多い | <input type="radio"/> 2. 十分 | <input type="radio"/> 3. 不足している | <input type="radio"/> 4. わからない |
| 評価のしやすさ | <input type="radio"/> 1. 難しい | <input type="radio"/> 2. ちょうどよい | <input type="radio"/> 3. 容易い | <input type="radio"/> 4. わからない |
| 評価に要する時間 | <input type="radio"/> 1. 長い | <input type="radio"/> 2. ちょうどよい | <input type="radio"/> 3. 短い | <input type="radio"/> 4. わからない |
| 評価の実施負担 | <input type="radio"/> 1. 大きい | <input type="radio"/> 2. ちょうどよい | <input type="radio"/> 3. 小さい | <input type="radio"/> 4. わからない |

(6) (2)で選択した様式の
アセスメント実施者の基礎資格
④ 複数選択可

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 医師 | <input type="checkbox"/> 13. 社会福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 2. 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 14. 介護福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 3. 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 15. 視能訓練士 |
| <input type="checkbox"/> 4. 看護師 | <input type="checkbox"/> 16. 義肢装具士 |
| <input type="checkbox"/> 5. 准看護師 | <input type="checkbox"/> 17. あん摩マッサージ指圧師 |
| <input type="checkbox"/> 6. 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 18. はり師 |
| <input type="checkbox"/> 7. 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 19. きゅう師 |
| <input type="checkbox"/> 8. 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 20. 柔道整復師 |
| <input type="checkbox"/> 9. 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 21. 精神保健福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 10. 栄養士 | <input type="checkbox"/> 22. その他 |
| <input type="checkbox"/> 11. 管理栄養士 | <input type="text" value="具体的な資格を記載してください"/> |
| <input type="checkbox"/> 12. 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 23. 資格なし |

(7) 現在のアセスメント様式を
採用した経緯

自由記述

問 6 栄養に関する評価の実施状況

- (1) 利用者の栄養の評価状況
- 1. 全利用者について実施している
 - 2. 一部の利用者について実施している
 - 3. 実施していない
- (2) 入所時における身長測定
- 1. 全利用者について実施している
 - 2. 一部の利用者について実施している
 - 3. 実施していない

(3) 入所時における体重の測定

- 1. 全利用者について実施している
- 2. 一部の利用者について実施している
- 3. 実施していない

問7 褥瘡に関する評価の実施状況

(1) 褥瘡の評価状況（褥瘡の深さ、広さ、色等）

- 1. 全利用者について実施している
- 2. 一部の利用者について実施している
- 3. 実施していない

問8 認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況

(1) 利用者の認定調査における
基本調査（74項目）結果の保有状況

- 1. 全利用者について保有している
- 2. 一部の利用者について保有している
- 3. 保有していない

(2) 「1.全利用者について保有している」、
「2.一部の利用者について保有している」場合、
調査結果の情報提供に関する申請の実施状況

- 1. 保有している全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した
- 2. 保有している一部の調査結果について、情報提供を申請し、入手した
- 3. 調査結果の情報提供を申請したことはない

未回答項目がないかご確認ください。

ご協力ありがとうございました。

登録する

一時保存

(2) 介護老人福祉施設票

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 (index.php)

↑ トップページ (index.php) > 介護老人福祉施設票

介護老人福祉施設票

この調査票は、貴施設の管理者または責任者をご記入下さい。
特に指定の無い限り、平成29年8月2日（水）現在の状況についてご回答下さい。
数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご入力下さい。

ご回答後、本ページ下部の「登録する」ボタンを押して登録して下さい。

問1 基本情報

(1) 開設主体	<input type="radio"/> 1. 社会福祉法人	<input type="radio"/> 5. その他
	<input type="radio"/> 2. 医療法人	<input type="text" value="具体的に"/>
	<input type="radio"/> 3. 特定非営利活動法人	<input type="radio"/> 6. わからない
	<input type="radio"/> 4. 営利法人	
(2) 開設年	<input type="text" value="西暦"/> 年 <input type="text" value=""/> 月	
(3) 定員数	<input type="text" value=""/> 人	

問2 利用者の状況 平成29年8月2日（水）の状況

① 該当者がいない場合は0を入力してください。

(1) 利用者の実人数（要介護度別）								
要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人			
(2) 利用者の実人数（認知症高齢者日常生活自立度別）								
自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明
<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人

問3 職員体制 平成29年8月2日（水）の状況

① 該当者がいない場合は0を入力してください。

	(1) 常勤	(2) 非常勤
職員の総数	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人
① 医師	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人
② 歯科医師	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人
③ 薬剤師	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人
④ 看護師	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人
⑤ 准看護師	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人
⑥ 理学療法士	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人
⑦ 作業療法士	<input type="text" value="0"/> 人	<input type="text" value="0"/> 人

⑧ 言語聴覚士	0	人	0	人
⑨ 歯科衛生士	0	人	0	人
⑩ 栄養士	0	人	0	人
⑪ うち、管理栄養士	0	人	0	人
⑫ 介護支援専門員	0	人	0	人
⑬ 介護職員	0	人	0	人
⑭ その他の職員数	0	人	0	人

問4 貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス

❶ (1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。

❷ ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1) (2) 居宅サービス

- 1. 訪問介護
- 2. 訪問入浴
- 3. 訪問看護
- 4. 訪問リハビリ
- 5. 通所介護
- 6. 通所リハビリ
- 7. 短期入所生活介護、療養介護
- 8. 特定施設入居者生活介護
- 9. 福祉用具貸与、販売
- 10. 居宅介護支援

(1) (2) 地域密着型サービス

- 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 12. 夜間対応型訪問介護
- 13. 認知症対応型通所介護
- 14. 小規模多機能型居宅介護
- 15. 認知症対応型共同生活介護
- 16. 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護
- 18. 看護小規模多機能型居宅介護
- 19. 地域密着型通所介護

(1) (2) 施設サービス

- 20. 介護老人保健施設
- 21. 介護療養型医療施設

(1) (2) その他

- 25. サービス付き高齢者向け住宅
- 26. 有料老人ホーム
- 27. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス、A、B）
- 28. 旧高齢者専用賃貸住宅
- 29. 地域包括支援センター（在宅介護支援センター）
- 30. 特になし

(1) (2) 医療サービス

- 22. 病院
- 23. 診療所（在宅支援診療所）
- 24. 診療所（在宅支援診療所以外）

問5 アセスメントの実施状況

(1) アセスメントの実施頻度

- 1. 概ね月1回
- 2. 概ね3ヶ月に1回
- 3. 概ね半年に1回
- 4. 概ね1年に1回
- 5. 状態が変化した場合のみ
- 6. 特に決まっていない
- 7. その他

具体的な実施頻度を記載してください

使用しているアセスメント様式についてお伺いします。

(2) 主に使用しているアセスメント様式

① 選択肢のうち、1～9に関しては、項目等を変更せずに使用している場合に印をつけてください。

- 1. インターライ方式
- 2. MDS方式・MDS-HC方式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. 法人・事業所の独自様式
※上記等の様式を参考にしておらず、完全に独自様式の場合
- 11. その他 ※上記1～9の一部を変更している場合も含む

具体的なアセスメントの名称を記載してください

12. 名称不明

- 身体機能・起居動作等に関する項目
(項目例：麻痺・拘縮、起き上がり、体位の保持、洗身、視力・聴力等)
- 生活機能に関する項目
(項目例：移動、嚥下、食事摂取、排尿・排便、口腔清潔、洗顔、整髪等)
- 認知機能に関する項目
(項目例：意思の伝達、日課の理解、短期記憶、場所の理解、徘徊等)
- 精神・行動障害に関する項目
(項目例：被害的、作話、感情が不安定、昼夜逆転、介護に抵抗、独り言等)
- 社会生活への適応に関する項目
(項目例：薬の内服、金銭管理、日常の意思決定、集団への不応等)
- 特別な医療、既往等に関する項目
(項目例：受けている処置内容、転倒、褥瘡、誤嚥性肺炎の発生等)

その他の項目

具体的な項目を記載してください

わからない

(3) 「10.法人・事業所の独自様式」を選択した場合、独自様式において収集している項目

① 複数選択可

可能であれば、ID・パスワード等に関する郵送物に同封されている返信用封筒にて独自様式をご返送ください

- 1. インターライ方式
- 2. MDS方式・MDS-HC方式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. その他

具体的なアセスメントの名称を記載してください

(4) 「11.その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式及び変更を加えた項目

①元としたアセスメント様式

- 身体機能・起居動作等に関する項目
(項目例：麻痺・拘縮、起き上がり、体位の保持、洗身、視力・聴力等)
- 生活機能に関する項目
(項目例：移動、嚥下、食事摂取、排尿・排便、口腔清潔、洗顔、整髪等)
- 認知機能に関する項目
(項目例：意思の伝達、日課の理解、短期記憶、場所の理解、徘徊等)
- 精神・行動障害に関する項目
(項目例：被害的、作話、感情が不安定、昼夜逆転、介護に抵抗、独り言等)
- ②変更を加えた項目
④ 複数選択可
- 社会生活への適応に関する項目
(項目例：薬の内服、金銭管理、日常の意思決定、集団への不適応等)
- 特別な医療、既往等に関する項目
(項目例：受けている処置内容、転倒、褥瘡、誤嚥性肺炎の発生等)
- その他の項目
具体的な項目を記載してください
- わからない

(5) (2)で選択したアセスメント様式についての意見を伺います。

- | | | | | |
|----------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 項目数 | <input type="radio"/> 1. 多い | <input type="radio"/> 2. 十分 | <input type="radio"/> 3. 不足している | <input type="radio"/> 4. わからない |
| 評価のしやすさ | <input type="radio"/> 1. 難しい | <input type="radio"/> 2. ちょうどよい | <input type="radio"/> 3. 容易い | <input type="radio"/> 4. わからない |
| 評価に要する時間 | <input type="radio"/> 1. 長い | <input type="radio"/> 2. ちょうどよい | <input type="radio"/> 3. 短い | <input type="radio"/> 4. わからない |
| 評価の実施負担 | <input type="radio"/> 1. 大きい | <input type="radio"/> 2. ちょうどよい | <input type="radio"/> 3. 小さい | <input type="radio"/> 4. わからない |

(6) (2)で選択した様式の
アセスメント実施者の基礎資格
④ 複数選択可

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 医師 | <input type="checkbox"/> 13. 社会福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 2. 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 14. 介護福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 3. 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 15. 視能訓練士 |
| <input type="checkbox"/> 4. 看護師 | <input type="checkbox"/> 16. 義肢装具士 |
| <input type="checkbox"/> 5. 准看護師 | <input type="checkbox"/> 17. あん摩マッサージ指圧師 |
| <input type="checkbox"/> 6. 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 18. はり師 |
| <input type="checkbox"/> 7. 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 19. きゅう師 |
| <input type="checkbox"/> 8. 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 20. 柔道整復師 |
| <input type="checkbox"/> 9. 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 21. 精神保健福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 10. 栄養士 | <input type="checkbox"/> 22. その他 |
| <input type="checkbox"/> 11. 管理栄養士 | 具体的な資格を記載してください |
| <input type="checkbox"/> 12. 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 23. 資格なし |

(7) 現在のアセスメント様式を
採用した経緯

自由記述

問 6 栄養に関する評価の実施状況

- (1) 利用者の栄養の評価状況
- 1. 全利用者について実施している
 - 2. 一部の利用者について実施している
 - 3. 実施していない
- (2) 入所時における身長測定
- 1. 全利用者について実施している
 - 2. 一部の利用者について実施している
 - 3. 実施していない

(3) 入所時における体重の測定

- 1. 全利用者について実施している
- 2. 一部の利用者について実施している
- 3. 実施していない

問7 褥瘡に関する評価の実施状況

(1) 褥瘡の評価状況（褥瘡の深さ、広さ、色等）

- 1. 全利用者について実施している
- 2. 一部の利用者について実施している
- 3. 実施していない

問8 認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況

(1) 利用者の認定調査における
基本調査（74項目）結果の保有状況

- 1. 全利用者について保有している
- 2. 一部の利用者について保有している
- 3. 保有していない

(2) 「1.全利用者について保有している」、
「2.一部の利用者について保有している」場合、
調査結果の情報提供に関する申請の実施状況

- 1. 保有している全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した
- 2. 保有している一部の調査結果について、情報提供を申請し、入手した
- 3. 調査結果の情報提供を申請したことはない

未回答項目がないかご確認ください。

ご協力ありがとうございました。

登録する

一時保存

(3) 居宅介護支援事業所票

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 (index.php)

↑ トップページ (index.php) > 居宅介護支援事業所票

居宅介護支援事業所票

この調査票は、貴事業所の管理者または責任者をご記入下さい。
特に指定の無い限り、平成29年8月2日（水）現在の状況についてご回答下さい。
数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご入力下さい。

ご回答後、本ページ下部の「登録する」ボタンを押して登録して下さい。

問1 基本情報

(1) 開設主体

1. 社会福祉法人

2. 医療法人

3. 特定非営利活動法人

4. 営利法人

5. その他

具体的に

6. わからない

(2) 開設年

西暦 年 月

問2 利用者の状況 平成29年7月実績（平成29年7月に給付管理を行った実利用者数）

① 該当者がいない場合は0を入力してください。

(1) 利用者の実人数（要介護度別）

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	その他
<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人

(2) 利用者の実人数（認知症高齢者日常生活自立度別）

自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	不明
<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人

問3 職員体制 平成29年8月2日（水）の状況

① 該当者がいない場合は0を入力してください。

	(1) 常勤	(2) 非常勤
① 職員の総数	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
② 介護支援専門員数（介護支援専門員業務を実施している管理者も含む）	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
③ うち、主任介護支援専門員数	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人
④ その他の職員数	<input type="text"/> 0 人	<input type="text"/> 0 人

問4 貴法人が提供しているサービスおよび貴事業所に併設されているサービス

① (1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴事業所に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。

② ここで「併設サービス」とは、貴事業所と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1) (2) 居宅サービス

(1) (2) 地域密着型サービス

- 1. 訪問介護
 - 2. 訪問入浴
 - 3. 訪問看護
 - 4. 訪問リハビリ
 - 5. 通所介護
 - 6. 通所リハビリ
 - 7. 短期入所生活介護、療養介護
 - 8. 特定施設入居者生活介護
 - 9. 福祉用具貸与、販売
- (1) (2) 施設サービス
- 19. 介護老人福祉施設
 - 20. 介護老人保健施設
 - 21. 介護療養型医療施設
- (1) (2) 医療サービス
- 22. 病院
 - 23. 診療所（在宅支援診療所）
 - 24. 診療所（在宅支援診療所以外）

- 10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 11. 夜間対応型訪問介護
 - 12. 認知症対応型通所介護
 - 13. 小規模多機能型居宅介護
 - 14. 認知症対応型共同生活介護
 - 15. 地域密着型特定施設入居者生活介護
 - 16. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護
 - 17. 看護小規模多機能型居宅介護
 - 18. 地域密着型通所介護
- (1) (2) その他
- 25. サービス付き高齢者向け住宅
 - 26. 有料老人ホーム
 - 27. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス、A、B）
 - 28. 旧高齢者専用賃貸住宅
 - 29. 地域包括支援センター（在宅介護支援センター）
 - 30. 特になし

問5 アセスメントの実施状況

(1) アセスメントの実施頻度

- 1. 概ね月1回
- 2. 概ね3ヶ月に1回
- 3. 概ね半年に1回
- 4. 概ね1年に1回
- 5. 状態が変化した場合のみ
- 6. 特に決まっていない
- 7. その他

具体的な実施頻度を記載してください

使用しているアセスメント様式についてお伺いします。

(2) 主に使用しているアセスメント様式

① 選択肢のうち、1～9に関しては、項目等を変更せずに使用している場合に印をつけてください。

- 1. インターライ方式
- 2. MDS方式・MDS-HC方式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. 法人・事業所の独自様式
※上記等の様式を参考にしておらず、完全に独自様式の場合
- 11. その他 ※上記1～9の一部を変更している場合も含む

具体的なアセスメントの名称を記載してください

- 12. 名称不明

(3) 「10.法人・事業所の独自様式」を選択した場合、独自様式において収集している項目
 複数選択可

可能であれば、ID・パスワード等に関する郵送物に同封されている返信用封筒にて独自様式をご返送ください

- 身体機能・起居動作等に関する項目
(項目例：麻痺・拘縮、起き上がり、体位の保持、洗身、視力・聴力等)
- 生活機能に関する項目
(項目例：移動、嚥下、食事摂取、排尿・排便、口腔清潔、洗顔、整髪等)
- 認知機能に関する項目
(項目例：意思の伝達、日課の理解、短期記憶、場所の理解、徘徊等)
- 精神・行動障害に関する項目
(項目例：被害的、作話、感情が不安定、昼夜逆転、介護に抵抗、独り言等)
- 社会生活への適応に関する項目
(項目例：薬の内服、金銭管理、日常の意思決定、集団への不適応等)
- 特別な医療、既往等に関する項目
(項目例：受けている処置内容、転倒、褥瘡、誤嚥性肺炎の発生等)

その他の項目

具体的な項目を記載してください

分からない

- 1. インターライ方式
- 2. MDS方式・MDS-HC方式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. その他

具体的なアセスメントの名称を記載してください

①元としたアセスメント様式

(4) 「11.その他」を選択した場合、元としたアセスメント様式及び変更を加えた項目

- 身体機能・起居動作等に関する項目
(項目例：麻痺・拘縮、起き上がり、体位の保持、洗身、視力・聴力等)
- 生活機能に関する項目
(項目例：移動、嚥下、食事摂取、排尿・排便、口腔清潔、洗顔、整髪等)
- 認知機能に関する項目
(項目例：意思の伝達、日課の理解、短期記憶、場所の理解、徘徊等)
- 精神・行動障害に関する項目
(項目例：被害的、作話、感情が不安定、昼夜逆転、介護に抵抗、独り言等)
- 社会生活への適応に関する項目
(項目例：薬の内服、金銭管理、日常の意思決定、集団への不適応等)
- 特別な医療、既往等に関する項目
(項目例：受けている処置内容、転倒、褥瘡、誤嚥性肺炎の発生等)

その他の項目

具体的な項目を記載してください

分からない

②変更を加えた項目
 複数選択可

(5) (2)で選択したアセスメント様式についての意見を伺います。

項目数	<input type="radio"/> 1. 多い	<input type="radio"/> 2. 十分	<input type="radio"/> 3. 不足している	<input type="radio"/> 4. わからない
評価のしやすさ	<input type="radio"/> 1. 難しい	<input type="radio"/> 2. ちょうどよい	<input type="radio"/> 3. 容易い	<input type="radio"/> 4. わからない
評価に要する時間	<input type="radio"/> 1. 長い	<input type="radio"/> 2. ちょうどよい	<input type="radio"/> 3. 短い	<input type="radio"/> 4. わからない
評価の実施負担	<input type="radio"/> 1. 大きい	<input type="radio"/> 2. ちょうどよい	<input type="radio"/> 3. 小さい	<input type="radio"/> 4. わからない

(6) (2)で選択した様式の
アセスメント実施者の基礎資格
① 複数選択可
② 保有している資格を全て選択してください

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 医師 | <input type="checkbox"/> 13. 社会福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 2. 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 14. 介護福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 3. 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 15. 視能訓練士 |
| <input type="checkbox"/> 4. 看護師 | <input type="checkbox"/> 16. 義肢装具士 |
| <input type="checkbox"/> 5. 准看護師 | <input type="checkbox"/> 17. あん摩マッサージ指圧師 |
| <input type="checkbox"/> 6. 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 18. はり師 |
| <input type="checkbox"/> 7. 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 19. きゅう師 |
| <input type="checkbox"/> 8. 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 20. 柔道整復師 |
| <input type="checkbox"/> 9. 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 21. 精神保健福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 10. 栄養士 | <input type="checkbox"/> 22. その他 |
| <input type="checkbox"/> 11. 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 23. 資格なし |
| <input type="checkbox"/> 12. 介護支援専門員 | |

具体的な資格を記載してください

(7) 現在のアセスメント様式を
採用した経緯

自由記述

問 6 認定調査における基本調査（74項目）結果の保有状況

(1) 利用者の認定調査における
基本調査（74項目）結果の保有状況

- 1. 全利用者について保有している
- 2. 一部の利用者について保有している
- 3. 保有していない

(2) 「1.全利用者について保有している」、
「2.一部の利用者について保有している」場合、
調査結果の情報提供に関する申請の実施状況

- 1. 保有している全ての調査結果について、情報提供を申請し、入手した
- 2. 保有している一部の調査結果について、情報提供を申請し、入手した
- 3. 調査結果の情報提供を申請したことはない

未回答項目がないかご確認ください。

ご協力ありがとうございました。

登録する

一時保存

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 【利用者票】

■記入にあたってのご注意

- ・この調査票は、**貴事業所の管理者または責任者**がご記入下さい。
- ・特に指定の無い限り、**記載日時点の状況についてご回答下さい。**
- ・特に指定の無い限り、**選択肢の番号1つ**を選んで下さい。
- ・()の箇所には、**具体的に言葉や数字**をご記入下さい。
- ・数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、**空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。**
- ・**平成29年8月25日(金)までにご回答下さい。**

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-409-431(平日10:00~17:00)
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: h29kaigoshitsu-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 利用者の基本情報 記載日時点における状況

※記載日を記入してください	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
(1) 性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
(2) 年齢	<input type="text"/> 歳
(3) 入所時の身長 ※測定している場合のみ記入 ※小数第1位まで	(<input type="text"/>). (<input type="text"/>)cm
(4) 入所時の体重 ※測定している場合のみ記入 ※小数第1位まで	(<input type="text"/>). (<input type="text"/>)kg
(5) 要介護度	<input type="radio"/> 要介護1 <input type="radio"/> 要介護2 <input type="radio"/> 要介護3 <input type="radio"/> 要介護4 <input type="radio"/> 要介護5 <input type="radio"/> 申請中
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II a <input type="radio"/> II b <input type="radio"/> III a <input type="radio"/> III b <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 不明
(7) 障害高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> 不明
(8) 貴施設に入所した年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(9) 直近の要介護認定調査実施年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(10) 認定調査における基本調査(74項目)結果の保有状況	<input type="radio"/> 保有している →保有している場合、別紙様式に最新の調査結果を転記してください。 <input type="radio"/> 保有していない

**問2. 利用者の状態に関する情報
記載日時点における状況**

(1) ADLの状況	入浴	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	排泄	排尿	<input type="radio"/> 自分でやっている <input type="radio"/> 自分で行っていない	
		排便	<input type="radio"/> 自分でやっている <input type="radio"/> 自分で行っていない	
	食事摂取	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	更衣	上衣	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない
		下衣	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない
	個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(2) 基本動作	寝返り	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	座位の保持	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	座位での乗り移り	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	立位の保持	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(3) 排泄の状況	尿失禁	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
	便失禁	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
	バルーンカテーテルの使用	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
(4) 食事の状況	食事の回数	回		
	食事量の問題	<input type="radio"/> 問題あり ありの場合→●過食 <input type="radio"/> 小食 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 問題なし ()		
(5) 視力の状況	<input type="radio"/> 問題あり	<input type="radio"/> 問題なし		
(6) 薬の状況	服薬状況	<input type="radio"/> 薬を飲んでいる <input type="radio"/> 薬を飲んでいない <input type="radio"/> 不明		
	飲んでいる場合の薬の種類	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 →具体的な薬の種類を記載してください <input type="checkbox"/> 向精神剤 () <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 不明		
	飲んでいる場合の薬の種類数	種類		
(7) 歯の状態	義歯の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分でやっているか否かをご記入ください。	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(8) 過去3か月間の入院の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(10) 過去3か月間の骨折の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(11) 過去3か月以内に転倒をしましたか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(12) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(13) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(14) (介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(15) (介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(16) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(17) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	

(18) 見当 識	自分の名前がわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	どこにいるかわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	年月日がわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
(19) コミ ユニ ケー ション	相手が話していることを理解していますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあい さつや会話はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
(20) 認知 機能	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と継続的にコ ミュニケーションが取れていますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	意識障害がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	長期記憶は保たれていますか。	<input type="radio"/> 保てる	<input type="radio"/> 保てない	<input type="radio"/> 不明
	簡単な計算はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
(21) 周辺 症状	時間管理はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	暴言・暴行はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	昼夜逆転はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	介護に対する抵抗はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
(22) 歩行 ・移動	不適切な場所での排尿はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の 移動をしていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	階段昇降をおこなっていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	施設や自宅から外出していますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
公共交通機関を利用して外出をおこなっています か。※自家用車での移動含む。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
※介助せ ずに行っ ているかをご 記入くださ い。	移動用具の使用状況	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 移動に器具は用 <input type="checkbox"/> 歩行器 いていない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 →具体的な用具 の名称を記載し てください ()		

問3. 利用者のアセスメント結果等の保有状況

本利用者のアセスメント結果等として保有しているもの

※複数選択可

※選択肢のうち、1～14に関しては、項目等を変更せずに使用している場合に○印をつけてください。

- 1. インターライ方式
- 2. MDS様式・MDS-HC様式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. Barthel Index
- 11. FIM
- 12. 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
- 13. Mini-Mental State Examination(MMSE)
- 14. 認定調査における基本調査(74項目)結果
- 15. その他(※上記1～14の一部を変更している場合も含む)
→具体的なアセスメントの名称を記載してください
()
- 16. 分からない
- 17. 特になし

選択したアセスメント様式等のシートに移動し、それぞれのアセスメント結果等を転記してください。

※「15. その他」については転記は必要ありません。

(5) 介護老人福祉施設 利用者票

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 【利用者票】

■記入にあたってのご注意

- ・この調査票は、**貴施設の管理者または責任者**がご記入下さい。
- ・特に指定の無い限り、**記載日時点における状況**についてご回答下さい。
- ・特に指定の無い限り、選択肢を1つ選んで下さい。
- ・()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・平成29年8月25日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-409-431(平日10:00~17:00)
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: h29kaigoshitsu-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 利用者の基本情報
記載日時点における状況

※記載日を記入してください	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
(1) 性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
(2) 年齢	<input type="text"/> 歳
(3) 入所時の身長 ※測定している場合のみ記入 ※小数第1位まで	(<input type="text"/>). (<input type="text"/>)cm
(4) 入所時の体重 ※測定している場合のみ記入 ※小数第1位まで	(<input type="text"/>). (<input type="text"/>)kg
(5) 要介護度	<input type="radio"/> 要介護1 <input type="radio"/> 要介護2 <input type="radio"/> 要介護3 <input type="radio"/> 要介護4 <input type="radio"/> 要介護5 <input type="radio"/> 申請中
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II a <input type="radio"/> II b <input type="radio"/> III a <input type="radio"/> III b <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 不明
(7) 障害高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> 不明
(8) 貴施設に入所した年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(9) 直近の要介護認定調査実施年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(10) 認定調査における基本調査 (74項目)結果の保有状況	<input type="radio"/> 保有している →保有している場合、別紙様式に最新の調査結果を転記してください。 <input type="radio"/> 保有していない
(11) 個別機能訓練加算の算定有無 ※平成29年7月の実績	<input type="radio"/> 算定している <input type="radio"/> 算定していない

**問2. 利用者の状態に関する情報
記載日時点における状況**

(1) ADLの状況	入浴	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	排泄	排尿	<input type="radio"/> 自分でやっている <input type="radio"/> 自分で行っていない	
		排便	<input type="radio"/> 自分でやっている <input type="radio"/> 自分で行っていない	
	食事摂取	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	更衣	上衣	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない
		下衣	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない
	個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(2) 基本動作	寝返り	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	座位の保持	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	座位での乗り移り	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	立位の保持	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(3) 排泄の状況	尿失禁	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
	便失禁	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
	バルーンカテーテルの使用	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
(4) 食事の状況	食事の回数	回		
	食事量の問題	<input type="radio"/> 問題あり ありの場合→ <input type="radio"/> 過食 <input type="radio"/> 小食 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 問題なし ()		
(5) 視力の状況	<input type="radio"/> 問題あり	<input type="radio"/> 問題なし		
(6) 薬の状況	服薬状況	<input type="radio"/> 薬を飲んでいる <input type="radio"/> 薬を飲んでいない <input type="radio"/> 不明		
	飲んでいる場合の薬の種類	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 →具体的な薬の種類を記載してください <input type="checkbox"/> 向精神剤 () <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 不明		
	飲んでいる場合の薬の種類数	種類		
(7) 歯の状態	義歯の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分でやっているか否かをご記入ください。	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(8) 過去3か月間の入院の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(10) 過去3か月間の骨折の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(11) 過去3か月以内に転倒をしましたか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(12) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(13) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(14) (介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(15) (介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(16) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(17) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	

(18) 見当 識	自分の名前がわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	どこにいるかわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	年月日がわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
(19) コミ ユニ ケー ション	相手が話していることを理解していますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあい さつや会話はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
(20) 認知 機能	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と継続的にコ ミュニケーションが取れていますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	意識障害がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	長期記憶は保たれていますか。	<input type="radio"/> 保てる	<input type="radio"/> 保てない	<input type="radio"/> 不明
	簡単な計算はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
(21) 周辺 症状	時間管理はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	暴言・暴行はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	昼夜逆転はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	介護に対する抵抗はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
(22) 歩行 ・移動	不適切な場所での排尿はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の 移動をしていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	階段昇降をおこなっていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	施設や自宅から外出していますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
公共交通機関を利用して外出をおこなっています か。※自家用車での移動含む。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
※介助せ ずに行っ ているかをご 記入くださ い。	移動用具の使用状況	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 移動に器具は用 <input type="checkbox"/> 歩行器 いていない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 →具体的な用具 の名称を記載し てください ()		

問3. 利用者のアセスメント結果等の保有状況

本利用者のアセスメント結果等として保有しているもの

※複数選択可

※選択肢のうち、1～14に関しては、項目等を変更せずに使用している場合に○印をつけてください。

- 1. インターライ方式
- 2. MDS様式・MDS-HC様式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. Barthel Index
- 11. FIM
- 12. 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
- 13. Mini-Mental State Examination(MMSE)
- 14. 認定調査における基本調査(74項目)結果
- 15. その他(※上記1～14の一部を変更している場合も含む)
→具体的なアセスメントの名称を記載してください
()
- 16. 分からない
- 17. 特になし

選択したアセスメント様式等のシートに移動し、それぞれのアセスメント結果等を転記してください。

※「15. その他」については転記は必要ありません。

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 【利用者票】

■記入にあたってのご注意

- ・この調査票は、**貴事業所の管理者または責任者**がご記入下さい。
- ・特に指定の無い限り、**記載日時点の状況**についてご回答下さい。
- ・特に指定の無い限り、選択肢を1つ選んで下さい。
- ・()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・平成29年8月25日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-409-431(平日10:00~17:00)
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: h29kaigoshitsu-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 利用者の基本情報 記載日時点における状況

※記載日を記入してください	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
(1) 性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
(2) 年齢	<input type="text"/> 歳
(3) 要介護度	<input type="radio"/> 要支援1 <input type="radio"/> 要支援2 <input type="radio"/> 要介護1 <input type="radio"/> 要介護2 <input type="radio"/> 要介護3 <input type="radio"/> 要介護4 <input type="radio"/> 要介護5 <input type="radio"/> 申請中
(4) 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II a <input type="radio"/> II b <input type="radio"/> III a <input type="radio"/> III b <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 不明
(5) 障害高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> 不明
(6) 貴事業所の利用開始年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(7) 現在利用しているサービス ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護、療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与、販売 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ
(8) 直近の要介護認定調査実施年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(9) 認定調査における基本調査 (74項目)結果の保有状況	<input type="radio"/> 保有している →保有している場合、別紙様式に最新の調査結果を転記してください。 <input type="radio"/> 保有していない

**問2. 利用者の状態に関する情報
記載日時点における状況**

(1) ADLの状況	入浴	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	排泄	排尿	<input type="radio"/> 自分でやっている <input type="radio"/> 自分で行っていない	
		排便	<input type="radio"/> 自分でやっている <input type="radio"/> 自分で行っていない	
	食事摂取	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	更衣	上衣	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない
		下衣	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない
	個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(2) 基本動作	寝返り	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	座位の保持	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	座位での乗り移り	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
	立位の保持	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(3) 排泄の状況	尿失禁	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
	便失禁	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
	バルーンカテーテルの使用	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 対象外		
(4) 食事の状況	食事の回数	回		
	食事量の問題	<input type="radio"/> 問題あり ありの場合→ <input type="radio"/> 過食 <input type="radio"/> 小食 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 問題なし ()		
(5) 視力の状況	<input type="radio"/> 問題あり	<input type="radio"/> 問題なし		
(6) 薬の状況	服薬状況	<input type="radio"/> 薬を飲んでいる <input type="radio"/> 薬を飲んでいない <input type="radio"/> 不明		
	飲んでいる場合の薬の種類	<input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 →具体的な薬の種類を記載してください <input type="checkbox"/> 向精神剤 () <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 不明		
	飲んでいる場合の薬の種類数	種類		
(7) 歯の状態	義歯の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分でやっているか否かをご記入ください。	<input type="radio"/> 自分でやっている	<input type="radio"/> 自分で行っていない	
(8) 過去3か月間の入院の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(10) 過去3か月間の骨折の有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし		
(11) 過去3か月以内に転倒をしましたか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(12) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(13) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(14) (介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(15) (介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(16) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
(17) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	

(18) 見当 識	自分の名前がわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	どこにいるかわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	年月日がわかりますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
(19) コミ ユニ ケー ション	相手が話していることを理解していますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあい さつや会話はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
(20) 認知 機能	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と継続的にコ ミュニケーションが取れていますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	意識障害がありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	長期記憶は保たれていますか。	<input type="radio"/> 保てる	<input type="radio"/> 保てない	<input type="radio"/> 不明
	簡単な計算はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
(21) 周辺 症状	時間管理はできますか。	<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	<input type="radio"/> 不明
	暴言・暴行はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	昼夜逆転はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	介護に対する抵抗はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
(22) 歩行 ・移動	不適切な場所での排尿はありますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の 移動をしていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	階段昇降をおこなっていますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
	施設や自宅から外出していますか。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明
公共交通機関を利用して外出をおこなっています か。※自家用車での移動含む。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明	
※介助せ ずに行っ ているかをご 記入くださ い。	移動用具の使用状況	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 移動に器具は用 <input type="checkbox"/> 歩行器 いていない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 →具体的な用具 の名称を記載し てください ()		

問3. 利用者のアセスメント結果等の保有状況

本利用者のアセスメント結果等として保有しているもの

※複数選択可

※選択肢のうち、1～14に関しては、項目等を変更せずに使用している場合に○印をつけてください。

- 1. インターライ方式
- 2. MDS様式・MDS-HC様式
- 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式
- 4. ケアマネジメント実践記録様式
- 5. TAI方式・TAI-HC方式
- 6. 日本訪問看護振興財団方式
- 7. 日本介護福祉士会方式
- 8. 包括的自立支援プログラム方式
- 9. R4
- 10. Barthel Index
- 11. FIM
- 12. 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
- 13. Mini-Mental State Examination(MMSE)
- 14. 認定調査における基本調査(74項目)結果
- 15. その他(※上記1～14の一部を変更している場合も含む)
→具体的なアセスメントの名称を記載してください
()
- 16. 分からない
- 17. 特になし

選択したアセスメント様式等のシートに移動し、それぞれのアセスメント結果等を転記してください。

※「15. その他」については転記は必要ありません。

在宅ケアアセスメント表(MDS-HC2.0)

AA. 基本情報(相談・受付時のみ)

AA-1. 対象者氏名(フリガナ)		AA-2. 性別	○男 ○女
AA-3. 生年月日(年齢)	<input checked="" type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 年 月 日 (歳)		
AA-4. 最初の相談・受付年月日	平成 年 月 日		
AA-5. 配偶者の有無	1. 未婚 2. 既婚 3. 死別	4. 別居 5. 離婚 6. その他	<input type="text"/>
AA-6. 教育歴 (最終学歴)	1. 未就学 2. 小学校卒 3. 高等小学校・新制中学卒	4. 旧制中学・新制高校卒 5. 旧制高校・短大卒 6. 大学卒 9. 不明	<input type="text"/>
AA-7. 職 歴	主なものを2つまで具体的に記入 () ()		
AA-8. 相談・受付時の住居	1. 自宅またはアパートで、在宅ケアは受けていなかった 2. 自宅またはアパートで、在宅ケアを受けていた 3. ケアハウス、ケア付住宅、グループホーム 4. 介護療養型医療施設 6. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 7. その他 ()		
AA-9. 相談・受付時の同居者	1. 1人暮らし 4. 子供と(配偶者はいない) 2. 配偶者のみ 5. 他の親族等(子供・配偶者はいない) 3. 配偶者と子供など 6. 親族関係のない集団生活		
AA-10. 過去の入院・入所歴	相談・受付前の過去5年間で、介護施設への入院・入所、または90日以上 の病院・診療所への入院・入所 0. ない 1. ある		
AA-11. 退院後の経過期間	退院後の経過期間(過去180日間で直近の入院について) 0. 過去180日間に入院していない 3. 15日~30日以内 1. 1週間以内 4. 30日以上前 2. 8日~14日以内		
AA-12. 転居 歴	過去2年以内の現在の住居への転居歴 0. いいえ 1. はい		
AA-13. 意思決定権/終末期に対する希望	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"> 0. いいえ 1. はい </div> a. 成年後見人がいる a. <input type="text"/> b. 終末期に対する希望がある(たとえば、病院には入院しないなど) b. <input type="text"/>		

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

A. アセスメント情報

A1. アセスメント基準日	アセスメント基準日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
A2. アセスメント理由	1. 初回アセスメント 2. 定時アセスメント 3. 在宅サービス終了前 30日以内のアセスメント 4. 退院・退所時のアセスメント 5. 状態の著変時のアセスメント 6. その他 <input type="text"/>
A3. 保険の種類	該当するものすべてにチェック a. 医療保険 <input type="checkbox"/> a b. 介護保険 <input type="checkbox"/> b c. 生活保護 <input type="checkbox"/> c

B. 記憶

以下、とくに指示がない限り、過去3日間で評価する。

B1. 記憶を想起する能力	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 0. 問題なし 1. 問題あり </div> a. 短期記憶 5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える <input type="text"/> a b. 手続き記憶 段取りを踏んで行うべきことを合図がなくても初めから手順を踏んでほとんどすべてできる <input type="text"/> b
B2. 日常の意思決定を行うための認知能力	a. どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなしとげるか(たとえば、起床や食事するべき時間がわかる、衣服を選ぶことができる) どのような活動をするかがわかる) <input checked="" type="checkbox"/> 0. 自立 : 首尾一貫して理にかなった判断ができる <input checked="" type="checkbox"/> 1. 限定的な自立 : 新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある <input checked="" type="checkbox"/> 2. 軽度の障害 : 特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である <input checked="" type="checkbox"/> 3. 中程度の障害 : 常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である <input checked="" type="checkbox"/> 4. 重度の障害 : 判断できないか、まれにしか判断できない <input type="text"/> a <hr/> b. 過去 90日間に於いて意思決定能力が悪化している <input type="text"/> 0. いいえ <input type="text"/> 1. はい <input type="text"/> b
B3. せん妄の兆候	a. 過去7日間に於いて、1日のうちで注意力や見当識が急に変化したり、一貫性が失われたり、予測できない意識状態の変動がある <input type="text"/> 0. いいえ <input type="text"/> 1. はい <input type="text"/> a <hr/> b. 過去 90日間に、安全が損なわれる、あるいは他者の保護が必要となるほど興奮したり、見当識を失うことがある <input type="text"/> 0. いいえ <input type="text"/> 1. はい <input type="text"/> b

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

C. コミュニケーション, 聴覚

<p>C1. 聴 覚</p>	<p>もし使用していれば, 補聴器具を使って</p> <p>0. 十分に聞こえる: 通常会話, テレビ, 電話, インターホン</p> <p>1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある</p> <p>2. 特別な状況でないと聞こえない: はっきりとした話し方をする必要がある</p> <p>3. 高度に障害, 実質的に聞こえない</p>
<p>C2. 自分を理解させることができる (伝達能力)</p>	<p>どんな方法で表現してもよい</p> <p>0. 理解させることができる: 容易に考えを表現できる</p> <p>1. 通常は理解させることができる: 十分に時間が与えられていないと, 言葉を思い出したり, 考えをまとめるのが困難. 本人の考えを引き出す必要はない</p> <p>2. しばしば理解させることができる: 言葉を思い出したり, 考えをまとめるのが困難. 本人の考えを引き出す必要がある</p> <p>3. 時々理解させることができる: その能力は具体的な欲求に限られる</p> <p>4. ほとんどまたはまったく理解させることができない</p>
<p>C3. 他者を理解できる (理解力)</p>	<p>どんな方法で話した内容を理解してもよい</p> <p>0. 理解できる: 明解な理解力</p> <p>1. 通常は理解できる: 伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが, 会話の大部分は理解している. ほとんど, あるいはまったく言い直す必要はない</p> <p>2. しばしば理解できる: 伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが, 言い直すことで, しばしば会話を理解できる</p> <p>3. 時々理解できる: 単純で直接的なコミュニケーションには適切に反応する</p> <p>4. ほとんどまたはまったく理解できない</p>
<p>C4. コミュニケーション能力の低下</p>	<p>過去 90 日間において, コミュニケーション能力(伝達能力や理解力)が低下</p> <p>0. いいえ 1. はい</p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

D. 視 力

D1. 視 力	<p>適切な明るさのもとでの視力(もし使用していれば、眼鏡等を用いて)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 十 分 : 新聞・本の細字も含めて細かい部分まで見える 1. 障 害 : 大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない 2. 中 度 障 害 : 視力が限られている。新聞の見出しは見えないが、物を識別できる 3. 重 度 障 害 : 物を識別することは難しいが、目で動体を追っているようである 4. 最重度障害 : 見えない、あるいは明暗、色、形を識別できるだけ。目は動体を追わない <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
D2. 視覚の制限・障害	<p>光のまわりにかさや輪が見えたり、目にかすみがかかったように見えたり、閃光が見えた</p> <p>0. いいえ 1. は い</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
D3. 視力低下	<p>過去 90日間に おいて、視力が低下</p> <p>0. いいえ 1. は い</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>

E. 気分と行動

E1. うつ状態, 不安, 悲し みの気分の兆候	<p>過去3日間に観察された兆候(理由のいかんを問わない)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>0. 過去3日間、観察されていない</p> <p>1. 過去3日間に1~2日観察された</p> <p>2. 過去3日間毎日観察された</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> a. 悲しみやうつ状態(たとえば、生きている価値がない、もうどうなってもよい、自分はだれの役にもたたない、死んだほうがましだ) a <input type="text"/> b. 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ(たとえば、怒りっぽい、受けているケアに対して怒る) b <input type="text"/> c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現する(たとえば、捨てられる、とり残される) c <input type="text"/> d. 繰り返し体の不調を訴える(たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、体のことばかり心配している) d <input type="text"/> e. たびたび不安、心配ごとを訴える(たとえば、日課、食事、洗濯衣服、対人関係などで人の注意や気をひいて、そのことに「だいたいじょうぶ」と言ってもらいたい) e <input type="text"/> f. 悲しみ、苦悩、心配した表情(たとえば、しかめっ面) f <input type="text"/> g. 何回も泣いたり涙もろい g <input type="text"/> h. 興味を持っていた活動を失くなる(たとえば、かつて楽しんできた活動や家族・友人と一緒に過ごすことに興味がなくなる) h <input type="text"/> i. 社会的交流の減少 i <input type="text"/>
E2. 気分の悪化	<p>過去 90日間に おいて、気分が悪化</p> <p>0. いいえ 1. は い</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

E3. 問題行動	<p>問題行動があるか、また、ある場合は対応の難しさ</p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>0. この行動はなかった</p> <p>1. 行動はあったが、容易に変えることができた</p> <p>2. 行動があり、変えることは困難であった</p> </div> <p>a. 徘徊(危険性などに気づかないように、合理的な目的なく歩き回る) a <input type="text"/></p> <p>b. 暴言(他者をおびやかす, どなる, ののしる) b <input type="text"/></p> <p>c. 暴行(他者を打つ, 押す, ひっかく, 性的に虐待する) c <input type="text"/></p> <p>d. 社会的に不適當な、または混乱させる行動(邪魔になる音をたてる, 騒々しい, さげふ, 自傷行為, 人前で性的行動あるいは衣類を脱ぐ, 食事や糞便をぬりたくる, 放りなげる, 所有物をかきまわす, 同じ行動を繰り返す, 早朝起きて迷惑をかける) d <input type="text"/></p> <p>e. ケアに対する抵抗(服薬・ADL介助・食事・体位変換を拒否) e <input type="text"/></p>
E4. 問題行動の悪化	<p>過去 90日間に おいて、問題行動が悪化、あるいは家族のほうが我慢できなくなってきた</p> <p>0. いいえ(問題行動のない場合を含む) 1. はい <input type="text"/></p>

F. 社会的機能

F1. 関与	<p>a. 人と気軽に関わっている(たとえば、人と過ごすことが好き)</p> <p>0. 気軽に関わっている 1. 気軽に関わっていない a <input type="text"/></p>
	<p>b. 家族や友人に対して葛藤や怒りを明確に表わす</p> <p>0. いいえ 1. はい b <input type="text"/></p>
F2. 社会的活動の変化	<p>過去 90日間に おいて、社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が減っている。もし減っているなら、それで悩んでいる</p> <p>0. 減っていない</p> <p>1. 減っているが、悩んでいない</p> <p>2. 減っており、悩んでいる <input type="text"/></p>
F3. 孤立	<p>a. 日中、1人での時間(夜間を除く)</p> <p>0. ほとんど、または全くない</p> <p>1. 1時間程度</p> <p>2. 長い時間(たとえば、午前中全部)</p> <p>3. いつも a <input type="text"/></p>
	<p>b. しばしば寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをする</p> <p>0. いいえ 1. はい b <input type="text"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

G. インフォーマルな支援の状況

G1. 介護者について	主に介護に当たっているインフォーマルな介護者2名の氏名	
	a. 主介護者氏名(ア):	<input type="text"/>
	b. 副介護者氏名(イ):	<input type="text"/>

	c. 同居の有無 0. 同居 1. 別居 2. インフォーマルな介護者はいない(Hへ進む)	主(ア) 副(イ) c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. 利用者との関係 0. 子供または子供の配偶者 1. 配偶者 2. 他の家族・親戚 3. 友人・近所の人	主(ア) 副(イ) d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
援助している分野		
<input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ		
e. 助言や精神的な支援	e. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
f. IADL 援助	f. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
g. ADL 援助	g. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
必要あれば援助を増やす意思があり、かつ可能である		
<input type="checkbox"/> 0. 2時間以上可 <input type="checkbox"/> 1. 1日1～2時間なら可 <input type="checkbox"/> 2. できない		
h. 精神的な支援	h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
i. IADL 援助	i. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
j. ADL 援助	j. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G2. 介護者の状況	該当するものをすべてチェック	
a. 介護者は介護を続けることができない(たとえば、健康状態が悪くなったために介護を続けられない)	a. <input type="checkbox"/>	
b. 主たる介護者は家族(他の子供など)や友人から得ている支援に満足していない	b. <input type="checkbox"/>	
c. 主たる介護者は介護しなければならないことに対して、ストレスや怒り、憂うつな気分を表わしている	c. <input type="checkbox"/>	
d. 上記のいずれでもない	d. <input type="checkbox"/>	

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

H. IADL(過去7日間)と ADL(過去3日間)

H1. IADLの実施状況：家や地域における日常の活動レベルについて

ア. IADLの実施状況(過去7日間)

0. 自立, 自分で行った
1. 時に援助してもらって行われた
2. いつも援助してもらって行われた
3. 他者が全部を行った
8. 本活動は1度も行われなかった

イ. IADLの困難度

<自分で行う,あるいは行おうとした場合の難しさ>

0. 問題ない
1. いくらか困難(援助が必要,非常にゆっくりしている, 疲れる)
2. 非常に困難(ほとんど,あるいはまったく活動に参加できない)

		ア	イ
a. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える, 材料を用意する, 料理する, 配膳する)	a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 家事一般	食事の後片付け, 掃除, ベッドの整理, 家の中の整頓, 洗濯	b <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 金銭管理	支払い, 家計の収支勘定	c <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 薬の管理	服用の時間, 袋から取り出し, 処方どおり服用 (内服薬, 外用薬, インシュリンなどの注射薬を含む)	d <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 電話の利用	自分で電話をかけたり, 受ける (必要に応じて数字を大きくしたり, 音の拡大装置を使ってもよい)	e <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び, 支払う	f <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動)	g <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

H2. ADL自立度

過去3日間にみられたa. ~i. の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無に十分に留意

[注:入浴は過去7日間における最も依存的な状態について記入]

- 0. 自立 : 手助け, 準備, 観察は不要. 1~2回のみ
- 1. 準備のみ : 物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上
- 2. 観察 : 見守り, 励まし, 誘導が3回以上, あるいは, 1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)
- 3. 部分的な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできる
 - 四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
 - それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)
- 4. 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが, 以下の援助を3回以上
 - 体重を支える援助(たとえば, 四肢や体幹の重みを支える)
 - ある動作要素, あるいはすべての動作について全面援助
- 5. 最大の援助 : 動作の一部(50%未満)しか自分でできず, 以下の援助を3回以上
 - 体重を支える援助(たとえば, 四肢や体幹の重みを支える)
 - ある動作要素, あるいはすべての動作について全面援助
- 6. 全面依存 : まる3日間すべての面で他者が全面援助した
- 7. 本動作は3日間の間に1回もなかった(能力にかかわらない)

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか, 寝返りをうったり, 起き上がった り, ベッド上の身体の位置を調整する	a <input type="text"/>
b. 移乗	ベッドからどのように, いすや車いすに座ったり, 立ち上がるか (浴槽や便座への移乗は除く)	b <input type="text"/>
c. 家の中の移動	どのように家の中(階段を除く)を移動するか (車いすなら, 車いすに移乗したあと)	c <input type="text"/>
d. 屋外の移動	どのように屋外を移動するか (車いすなら, 車いすに移乗したあと)	d <input type="text"/>
e. 上半身の更衣	どのように上半身の衣類(普段着や下着)を着たり, 脱いだりするか. 装 具・矯正具やファスナー, セーターなどを含む	e <input type="text"/>
f. 下半身の更衣	どのように下半身の衣類(普段着や下着)を履いたり, 脱いだりするか. 装具・矯正具やベルト, ズボン, スカート, 靴, ファスナーなどを含む	f <input type="text"/>
g. 食 事	食べたり, 飲んだりする(経管栄養を含む)	g <input type="text"/>
h. トイレの使用	トイレ(ポータブルトイレ, 便器や採尿器を含む)を使用する: 便器への 移乗, 排泄後の始末, おむつの替え, 人工肛門またはカテーテルの管理, 衣服の整理を含む	h <input type="text"/>
i. 個人衛生	髪をとかす, 歯をみがく, ひげを剃る, 化粧する, 顔や手を洗う(入浴, シャワーを除く)	i <input type="text"/>
j. 入 浴 (過去7日間)	どのように入浴やシャワーや清拭をするか(背中を洗うこと, 洗髪は含ま ない). 身体のそれぞれの部分(腕, 大腿, 膝下, 胸部, 腹部, 陰部)を どう洗うかは含まれる. 過去7日間における最も依存的な状態を記入す る	j <input type="text"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

H3. ADLの低下	過去90日間において、ADLが低下 0. いいえ 1. はい	<input type="text"/>
H4. 主な移動手段	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 0. 補助具等は使用していない 3. 電動三輪車(スクーター) 1. 杖 4. 車いす 2. 歩行器, 松葉杖 5. 移動しなかった </div> a. 屋内 a <input type="text"/> b. 屋外 b <input type="text"/>	
H5. 階段昇降	過去3日間において、階段の上り下りをする方法(1段でも数段でも手すりを使ってもよい) 0. 他者の援助なしに上り下りする 1. 他者の援助によって上り下りする 2. 上り下りしなかった	<input type="text"/>
H6. 健康活動	a. 過去30日間の通常の1週間で、家や住んでいる建物の外へ出た頻度(外へ出た時間が短くても良い) 0. 毎日 2. 週に1日 1. 週に2~6日 3. 1日もない	a <input type="text"/>
	b. 過去3日間における体を動かす活動時間の合計(歩く, 家の掃除, 運動) 0. 2時間以上 1. 2時間未満	b <input type="text"/>
H7. 身体機能の潜在能力	該当するものをすべてチェック a. 利用者は身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL, IADL, 移動など) b. 介護者は、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている(ADL, IADL, 移動など) c. 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または、健康状態の向上が期待される d. 上記のいずれでもない	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>

I. 排泄(過去7日間)

I1. 尿失禁	a. 過去7日間の尿失禁。尿がもれていても、皮膚がぬれるほどの量でなければ、コントロールとする 0. 完全にコントロールできる：カテーテルや採尿する用具を使用していない 1. 完全にコントロール・カテーテル使用：カテーテルや採尿する用具を使用して尿がもれていない 2. 通常は失禁しない：週1回以下 3. 時々失禁する：週2回以上だが、毎日でない 4. しばしば失禁する：毎日失禁の傾向だが、いづらかコントロールが保たれている(たとえば日中だけなど) 5. 失禁状態：膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁 8. 膀胱から尿の排泄がなかった	a <input type="text"/>
---------	--	------------------------

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

	<p>b. 過去90日間に於いて尿失禁が悪化</p> <p>0. いいえ 1. はい</p> <p>b <input type="text"/></p>
12. 尿失禁用器材	<p>過去7日間に該当するものをすべてチェック</p> <p>a. おむつ(パッド, ブリーフを含む) <input type="checkbox"/></p> <p>b. 留置カテーテル <input type="checkbox"/></p> <p>c. 上記のいずれでもない <input type="checkbox"/></p>
13. 便失禁	<p>過去7日間の便失禁</p> <p>0. 完全にコントロールできる: 人工肛門や瘻を使用していない</p> <p>1. 自立・瘻使用 : 瘻が造設され便がもれていない</p> <p>2. 通常は失禁しない: 週1回未満</p> <p>3. 時々失禁する : 週に1回</p> <p>4. しばしば失禁する : 週 2, 3回</p> <p>5. 失禁状態 : ほとんど, 常に失禁</p> <p>8. 排便がなかった <input type="text"/></p>

J. 疾患

J1. 疾患	<p>医師の診断を受けていて利用者の状態に影響している疾患, 治療や症状の管理を要する疾患, または過去 90日間に於いて入院理由となった疾患. 在宅ケアスタッフによって観察されているかどうか</p> <p>該当しない場合は空欄</p> <p>1. 在宅ケアスタッフによる処置や観察を受けていない</p> <p>2. 在宅ケアスタッフによる処置や観察を受けている</p>
	<p>循環器</p> <p>a. 脳血管障害(脳卒中) <input type="text"/></p> <p>b. うっ血性心不全 <input type="text"/></p> <p>c. 冠状動脈疾患 <input type="text"/></p> <p>d. 高血圧症 <input type="text"/></p> <p>e. 不整脈 <input type="text"/></p> <p>f. 末梢循環障害 <input type="text"/></p> <hr/> <p>神経</p> <p>g. アルツハイマー型認知症 <input type="text"/></p> <p>h. アルツハイマー型以外の認知症 <input type="text"/></p> <p>i. 頭部外傷 <input type="text"/></p> <p>j. 片側不全麻痺/片麻痺 <input type="text"/></p> <p>k. 多発性硬化症 <input type="text"/></p> <p>l. パーキンソン症候群 <input type="text"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

	筋骨格	m. 関節炎	m	<input type="text"/>
		n. 大腿骨骨折	n	<input type="text"/>
		o. その他の骨折(手首, 脊椎など)	o	<input type="text"/>
		p. 骨粗鬆症	p	<input type="text"/>
	感覚器	q. 白内障	q	<input type="text"/>
		r. 緑内障	r	<input type="text"/>
精神科	s. 精神科診断(内容問わない)	s	<input type="text"/>	
感染症	t. HIV 感染	t	<input type="text"/>	
	u. 肺炎	u	<input type="text"/>	
	v. 結核	v	<input type="text"/>	
	w. 尿路感染症(過去30日間)	w	<input type="text"/>	
	その他	x. がん(過去5年間, 皮膚がんは含まない)	x	<input type="text"/>
	y. 糖尿病	y	<input type="text"/>	
	z. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息	z	<input type="text"/>	
	aa. 腎不全	aa	<input type="text"/>	
	ab. 甲状腺疾患(機能亢進症あるいは低下症)	ab	<input type="text"/>	
	ac. 上記のいずれでもない	ac	<input type="checkbox"/>	
J2. その他の疾患, あるいはより詳細な診断名とその ICD-10コード	a.			<input type="text"/>
	b.			<input type="text"/>
	c.			<input type="text"/>
	d.			<input type="text"/>

K. 健康状態および予防

K1. 予防 (過去2年間)	過去2年間に受けたものをすべてチェック	
	a. 血圧測定	a <input type="checkbox"/>
	b. インフルエンザワクチン	b <input type="checkbox"/>
	c. 便潜血, または大腸内視鏡検査	c <input type="checkbox"/>
	d. (女性のみ)乳房の触診かマンモグラフィー	d <input type="checkbox"/>
	e. 上記のいずれでもない	e <input type="checkbox"/>
K2. 現症 (2日以上存在)	過去3日間のうち, 2日以上に見られた症状をすべてチェック	
	a. 下痢	a <input type="checkbox"/>
	b. 排尿困難または夜間に3回以上排尿	b <input type="checkbox"/>
	c. 発熱	c <input type="checkbox"/>
	d. 食欲不振	d <input type="checkbox"/>
	e. 嘔吐	e <input type="checkbox"/>
	f. 上記のいずれでもない	f <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

K3. 現 症	過去3日間に見られた症状をすべてチェック 身体症状 a. 胸痛, 安静時や運動時の胸痛・胸部圧迫感 <input type="checkbox"/> a b. 便秘(過去3日間排便がない) <input type="checkbox"/> b c. めまい, めまい感 <input type="checkbox"/> c d. 浮腫 <input type="checkbox"/> d e. 息切れ <input type="checkbox"/> e 精神症状 f. 妄想 <input type="checkbox"/> f g. 幻覚 <input type="checkbox"/> g h. 上記のいずれでもない <input type="checkbox"/> h
K4. 痛 み	a. 痛みの訴えや様子があつた頻度 0. 痛みはない(b~eにも0を記入) 2. 1日1回 1. 毎日ではない 3. 1日数回(朝と晩など) <input type="text"/> a <hr/> b. 痛みの強さ 0. 痛みはない 3. 重度 1. 軽度 4. 耐えがたい痛みとなる時もある 2. 中等度 <input type="text"/> b <hr/> c. 利用者からみて, 痛みは通常の活動に支障をきたしている 0. きたしていない 1. きたしている <input type="text"/> c <hr/> d. 痛みの箇所 0. 痛みはない 1. 局在する—1カ所 2. 複数カ所 <input type="text"/> d <hr/> e. 利用者からみて鎮痛薬が適切に効いている 0. 思っている, あるいは痛みはない 1. 適切に効いていない 2. 痛みはあるが, 鎮痛薬を使用していない <input type="text"/> e
K5. 転倒頻度	過去90日間に転倒した回数 (9回以上のときは「9」、1回もないときは「0」を記入) <input type="text"/>
K6. 転倒の危険	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 0. いいえ 1. はい </div> a. 不安定な歩行 <input type="text"/> a b. 転倒を恐れて外出を制限(バスに乗るのをやめる, 他者と一緒でなければ外出しないなど) <input type="text"/> b

 該当する番号を1つ選ぶ

 該当するものをすべてチェック

<p>K7. 生活習慣 (飲酒と喫煙)</p>	<p>飲酒と喫煙について</p> <p>0. いいえ 1. はい</p> <p>a. 過去 90日間に、お酒の量を減らしたほうがよいと思ったり、他者に減らすように言われたり、あるいは他者が本人の飲酒を心配していた a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 過去 90日間に、自分をおちつかせるために朝一番に飲酒(迎え酒)をしたり、飲酒が原因で問題をおこした b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 毎日、喫煙 c <input type="checkbox"/></p>
<p>K8. 健康状態</p>	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 健康状態がよくないと感じている(質問した場合に) a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 思考、ADL、気分や行動を不安定にするような病態や症状がある(変動や悪化) b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 過去 30日間に、新たな急性症状の発生により治療が変更された d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 末期の疾患であり、余命が6ヵ月以下である(医師が本人や家族に末期であることを告げているなど) e <input type="checkbox"/></p> <p>f. 上記のいずれでもない f <input type="checkbox"/></p>
<p>K9. その他の状況</p>	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいただいている a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 衛生状態が異常に悪い b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 説明がつかないけが、骨折、火傷がある c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 放置、暴力、虐待を受けている d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 身体抑制を受けている(四肢の抑制、ベッド柵の使用、いすに固定) e <input type="checkbox"/></p> <p>f. 上記のいずれでもない f <input type="checkbox"/></p>

L. 栄養状態

<p>L1. 体重</p>	<p>0. いいえ 1. はい</p> <p>a. 体重減少が目標でないにもかかわらず、体重の減少が過去 30日間に5%以上、あるいは過去 180日間に10%以上 a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 極度の栄養不良(栄養障害) b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 病的な肥満 c <input type="checkbox"/></p>
<p>L2. 食事摂取</p>	<p>0. いいえ 1. はい</p> <p>a. 過去3日間のうちに2日以上、1日に1回以下しか食事をしない a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 過去3日間において、通常摂取する食事や水分の量が目立って減少 b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 水分摂取の不足(過去3日間に、ほとんどまったく水分を摂っていない) c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 経管栄養 d <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

L3. 嚥下問題	<p>0. 正常：すべての食べ物を安全で効率的に飲み込める</p> <p>1. 固形物を飲み込むための食事変更が必要である(粥, 刻み食など)</p> <p>2. 固形物と液体を飲み込むための食事変更が必要である(ピューレ, 流動食など)</p> <p>3. 経口摂取と経管栄養を併用</p> <p>4. 全く経口摂取をしていない</p>	<input type="checkbox"/>
-----------------	---	--------------------------

M. 歯および口腔状態

M1. 口腔状態	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 咀嚼の問題(咀嚼が不十分, あごが動かない, 外科的切除, 感覚・運動障害, 食べている時の痛みなど)</p> <p>b. 食事中に口の中が「かわいている」と感じる</p> <p>c. 歯みがきや入れ歯みがきに問題</p> <p>d. 上記のいずれでもない</p>	<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p>
-----------------	---	---

N. 皮膚の状態

N1. 皮膚の問題	<p>問題となるような皮膚の状態やその変化(火傷, 打撲, 湿疹, かゆみ, 疥癬, しらみなどがある)</p> <p>0. いいえ 1. はい</p>	<input type="checkbox"/>
N2. 褥瘡・潰瘍	<p>褥瘡などの潰瘍[もしあれば, その最もひどい状態について記入する]</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>0. なし</p> <p>1. 第1度：皮膚が持続して発赤している部位がある</p> <p>2. 第2度：皮膚層の部分的喪失(びらん, 水疱, 浅いくぼみなど)</p> <p>3. 第3度：皮膚に深い潰瘍がある</p> <p>4. 第4度：筋肉や骨が露出している</p> </div> <p>a. 褥瘡: 圧迫や摩擦によって起こったもので下部の組織の損傷をもたらす</p> <p>b. うっ血性潰瘍: 末梢循環障害による下肢末端の開放創</p>	<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p>
N3. 皮膚のその他の問題	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 2度以上の火傷</p> <p>b. 潰瘍, 発疹, 切り傷以外の開放創(たとえば, がん病巣)</p> <p>c. 裂傷または切り傷</p> <p>d. 手術創</p> <p>e. うおのめ, たこ, 感染症, 水虫, 変形(足の問題)</p> <p>f. 上記のいずれでもない</p>	<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p> <p>e. <input type="checkbox"/></p> <p>f. <input type="checkbox"/></p>
N4. 褥瘡既往	<p>過去に1度でも身体のどこかに褥瘡があった</p> <p>0. いいえ 1. はい</p>	<input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

<p>N5. 創傷や潰瘍のケア</p>	<p>過去7日間に、在宅ケアスタッフによって提供された処置をすべてチェック</p> <p>a. 抗生剤等(全身あるいは局所投与) a <input type="checkbox"/></p> <p>b. ガーゼ、創傷被覆材の使用 b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 手術創のケア c <input type="checkbox"/></p> <p>d. その他のケア(減圧用具、栄養補給、体位変換、壊死組織の切除など) d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 上記のいずれでもない e <input type="checkbox"/></p>
----------------------------	--

O. 環境評価

<p>O1. 居住環境</p>	<p>居住環境を危険にしている、あるいは住めなくしている次のような要因があれば、該当するものをすべてチェック[施設にいる場合は、在宅訪問により評価する]</p> <p>a. 照明(明るさは適切か、居間、病室、台所、トイレ、廊下に照明があるか) a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 床の状態(凹凸や段差、電気のコードにつっかかる、固定していないカーペット) b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 浴室やトイレの環境(すべりやすい浴槽、必要であるにもかかわらず手すりがない、水もれ、トイレが外にある、故障している) c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 台所環境(危険なガス台、冷蔵庫が壊れている、ねずみや虫が出る) d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 暖房や空調(冬に寒すぎる、夏に暑すぎる) e <input type="checkbox"/></p> <p>f. 身の安全(郵便受けや近所まで行く際の危険、交通量が多い) f <input type="checkbox"/></p> <p>g. 玄関や玄関先(出入りが困難など) g <input type="checkbox"/></p> <p>h. 家の中の部屋へのアクセス(階段の上り下りができないなど) h <input type="checkbox"/></p> <p>i. 上記のいずれでもない i <input type="checkbox"/></p>
<p>O2. 同居の状況</p>	<p>a. 90日前と比べて、新たに他者と同居するようになった(利用者が移る、他者が移ってくる)</p> <p>0. いいえ 1. はい a <input type="checkbox"/></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>b. 利用者本人ないし主たる介護者は利用者が他へ移ったほうが本人のためによいと考えている</p> <p>0. いいえ 2. 主たる介護者のみ</p> <p>1. 利用者本人のみ 3. 利用者と主たる介護者とも b <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

P. 治療方針の順守

<p>P1. 特別な治療・ケア (過去7日間)</p>	<p>過去7日間に受けた、あるいは受ける予定のあった治療、療法とその順守 (受ける場所は在宅であっても施設であってもよい)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>該当しない場合は空欄 1. 予定されており、指示されたとおり完全に守られた 2. 予定されていたが、一部守られなかった 3. 予定されていたが、治療・ケアを受けなかった</p> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><呼 吸></p> <p>a. 酸素療法 a <input type="text"/></p> <p>b. 補助呼吸のためのレスピレーター b <input type="text"/></p> <p>c. その他の呼吸療法 c <input type="text"/></p> <p><その他の処置></p> <p>d. アルコール／薬物依存の治療 d <input type="text"/></p> <p>e. 輸血 e <input type="text"/></p> <p>f. 抗がん剤療法 f <input type="text"/></p> <p>g. 透析 g <input type="text"/></p> <p>h. 中心静脈による輸液・注射 h <input type="text"/></p> <p>i. 末梢静脈による輸液・注射 i <input type="text"/></p> <p>j. 注射による与薬 j <input type="text"/></p> <p>k. 瘻のケア k <input type="text"/></p> <p>l. 放射線治療 l <input type="text"/></p> <p>m. 気管切開口のケア m <input type="text"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><療 法></p> <p>n. 運動療法 n <input type="text"/></p> <p>o. 作業療法 o <input type="text"/></p> <p>p. 理学療法 p <input type="text"/></p> <p><ケアプログラム></p> <p>q. 通所介護 q <input type="text"/></p> <p>r. 通所リハビリテーション r <input type="text"/></p> <p>s. 緩和ケア s <input type="text"/></p> <p>t. 外来通院 t <input type="text"/></p> <p>u. 短期入所 u <input type="text"/></p> <p><在宅での特別な対応></p> <p>v. 毎日の観察・測定 (血圧、尿量など) v <input type="text"/></p> <p>w. 観察・測定(毎日ではない) w <input type="text"/></p> <p>x. 緊急通報用の器材 (ペンダント等) x <input type="text"/></p> <p>y. 皮膚の治療 y <input type="text"/></p> <p>z. 特別治療食 z <input type="text"/></p> <p>aa. 上記のいずれでもない aa <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p><呼 吸></p> <p>a. 酸素療法 a <input type="text"/></p> <p>b. 補助呼吸のためのレスピレーター b <input type="text"/></p> <p>c. その他の呼吸療法 c <input type="text"/></p> <p><その他の処置></p> <p>d. アルコール／薬物依存の治療 d <input type="text"/></p> <p>e. 輸血 e <input type="text"/></p> <p>f. 抗がん剤療法 f <input type="text"/></p> <p>g. 透析 g <input type="text"/></p> <p>h. 中心静脈による輸液・注射 h <input type="text"/></p> <p>i. 末梢静脈による輸液・注射 i <input type="text"/></p> <p>j. 注射による与薬 j <input type="text"/></p> <p>k. 瘻のケア k <input type="text"/></p> <p>l. 放射線治療 l <input type="text"/></p> <p>m. 気管切開口のケア m <input type="text"/></p>	<p><療 法></p> <p>n. 運動療法 n <input type="text"/></p> <p>o. 作業療法 o <input type="text"/></p> <p>p. 理学療法 p <input type="text"/></p> <p><ケアプログラム></p> <p>q. 通所介護 q <input type="text"/></p> <p>r. 通所リハビリテーション r <input type="text"/></p> <p>s. 緩和ケア s <input type="text"/></p> <p>t. 外来通院 t <input type="text"/></p> <p>u. 短期入所 u <input type="text"/></p> <p><在宅での特別な対応></p> <p>v. 毎日の観察・測定 (血圧、尿量など) v <input type="text"/></p> <p>w. 観察・測定(毎日ではない) w <input type="text"/></p> <p>x. 緊急通報用の器材 (ペンダント等) x <input type="text"/></p> <p>y. 皮膚の治療 y <input type="text"/></p> <p>z. 特別治療食 z <input type="text"/></p> <p>aa. 上記のいずれでもない aa <input type="checkbox"/></p>
<p><呼 吸></p> <p>a. 酸素療法 a <input type="text"/></p> <p>b. 補助呼吸のためのレスピレーター b <input type="text"/></p> <p>c. その他の呼吸療法 c <input type="text"/></p> <p><その他の処置></p> <p>d. アルコール／薬物依存の治療 d <input type="text"/></p> <p>e. 輸血 e <input type="text"/></p> <p>f. 抗がん剤療法 f <input type="text"/></p> <p>g. 透析 g <input type="text"/></p> <p>h. 中心静脈による輸液・注射 h <input type="text"/></p> <p>i. 末梢静脈による輸液・注射 i <input type="text"/></p> <p>j. 注射による与薬 j <input type="text"/></p> <p>k. 瘻のケア k <input type="text"/></p> <p>l. 放射線治療 l <input type="text"/></p> <p>m. 気管切開口のケア m <input type="text"/></p>	<p><療 法></p> <p>n. 運動療法 n <input type="text"/></p> <p>o. 作業療法 o <input type="text"/></p> <p>p. 理学療法 p <input type="text"/></p> <p><ケアプログラム></p> <p>q. 通所介護 q <input type="text"/></p> <p>r. 通所リハビリテーション r <input type="text"/></p> <p>s. 緩和ケア s <input type="text"/></p> <p>t. 外来通院 t <input type="text"/></p> <p>u. 短期入所 u <input type="text"/></p> <p><在宅での特別な対応></p> <p>v. 毎日の観察・測定 (血圧、尿量など) v <input type="text"/></p> <p>w. 観察・測定(毎日ではない) w <input type="text"/></p> <p>x. 緊急通報用の器材 (ペンダント等) x <input type="text"/></p> <p>y. 皮膚の治療 y <input type="text"/></p> <p>z. 特別治療食 z <input type="text"/></p> <p>aa. 上記のいずれでもない aa <input type="checkbox"/></p>		
<p>P2. 医療機器の取り扱い (過去3日間)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>0. 使用されていない 1. 自己管理ができる 2. 準備や声かけがあれば自己管理ができる 3. 部分的に手助けが必要 4. 全面的に手助けが必要</p> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>a. 酸素</p> <p>b. 末梢あるいは中心静脈の確保</p> <p>c. カテーテル</p> <p>d. 瘻(胃瘻, 膀胱瘻など)</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> </td> </tr> </table>	<p>a. 酸素</p> <p>b. 末梢あるいは中心静脈の確保</p> <p>c. カテーテル</p> <p>d. 瘻(胃瘻, 膀胱瘻など)</p>	<p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p>
<p>a. 酸素</p> <p>b. 末梢あるいは中心静脈の確保</p> <p>c. カテーテル</p> <p>d. 瘻(胃瘻, 膀胱瘻など)</p>	<p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p>		

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

P3. 入院・緊急外来	<p>過去 90日間に おける回数を記入する。もしなければ「0」を、9回以上ならば「9」をそれぞれ記入する</p> <p>a. 入院回数 a <input type="text"/></p> <p>b. 入院には至らないが救急外来を受診した回数 b <input type="text"/></p> <p>c. 予定外の訪問・受診(予定していなかった看護師、医師、療法士の訪問や受診を含む) c <input type="text"/></p>
P4. 達成されたケア目標の有無	<p>過去 90日間に、ケア目標のいずれかが達成されている</p> <p>0. いいえ 1. はい <input type="text"/></p>
P5. ケアニーズの変化	<p>90日前と比べて、利用者の全体的な自立状況は著しく変化している</p> <p>0. 不変 <input type="text"/></p> <p>1. 改善(援助が減る)</p> <p>2. 悪化(援助が増える)</p>
P6. 家計の切りつめ	<p>前月の家計に困ったため、薬、光熱費、食品、受診、在宅ケアサービスをやりくりした</p> <p>0. いいえ 1. はい <input type="text"/></p>

Q. 薬剤(過去7日間)

Q1. 薬剤の種類	<p>過去7日間に使用した異なる薬剤の種類の数[毎日でなくとも、1回でも使用したら数に入れる、軟膏、点眼薬や処方なしで買った薬を含む](なければ「0」、9つ以上ならば「9」を記入)</p> <input type="text"/>
Q2. 向精神薬の服用	<p>過去7日間における薬剤の服用(下記の薬効に該当する処方薬の有無を確認)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> 0. いいえ 1. はい </div> <p>a. 抗精神病薬 a <input type="text"/></p> <p>b. 抗不安薬 b <input type="text"/></p> <p>c. 抗うつ薬 c <input type="text"/></p> <p>d. 催眠薬 d <input type="text"/></p>
Q3. 医学的管理	<p>現在使用しているすべての薬について、過去180日間に少なくとも1人の医師が確認した</p> <p>0. 少なくとも1人の医師と相談(あるいは全く服用していない)</p> <p>1. すべてを把握している医師は1人もいない <input type="text"/></p>
Q4. 薬剤のコンプライアンス	<p>過去7日間に、医師によって処方された薬をいつも、あるいはほとんどいつも指示通り服用している</p> <p>0. 常に従う</p> <p>1. 80%以上は従っている</p> <p>2. 80%未満しか従っていない</p> <p>8. 薬剤は処方されていない <input type="text"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

R. アセスメントへの参加

R1. アセスメントを コーディネートした者			
R2. 職 種			
R3. アセスメント完了日	年	月	日
R4. 他の評価者の署名 (職種, 記入年月日)	氏 名	職 種	記入年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

〈ケアプランの作成にあたって〉

R5. 対象者がサービスを 受ける目的の明確化	該当するものをすべてチェック	
	a. 医療処置	a <input type="checkbox"/>
	b. 経過観察	b <input type="checkbox"/>
	c. リハビリテーション	c <input type="checkbox"/>
	d. 本人・家族への指導	d <input type="checkbox"/>
	e. 介護者の一時休養	e <input type="checkbox"/>
	f. 緩和ケア	f <input type="checkbox"/>
	g. 身体介護	g <input type="checkbox"/>
	h. 家事援助	h <input type="checkbox"/>
	i. その他 ()	i <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

S. 薬物治療調査票 (用紙が不足の場合はコピーして使用)

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者氏名 _____

記入者氏名 _____

注) アセスメント基準日を含む過去7日間に投与された薬剤(市販薬も含む)を記入する。過去7日間の間に増量・減量のあった薬剤は、1日量欄にはアセスメント基準日の1日量を記入する。7日間の間に中止された薬剤は、中止直前の1日量を記入し、その横に<中止>と付記する。

A. 経口薬(市販薬を含む)

薬剤名(商品名)	剤形 ¹⁾	1日量 ²⁾	回数/1日	日数/7日間

- 1) 剤形欄には、錠剤・カプセルの場合には1個当たりの mg を記入(ただし、液剤は 88, 散剤は 99を記入)
- 2) 1日量欄には、錠剤・カプセルは1日当たりの個数, 散剤・液剤は1日当たりの mg・ml数を記入

B. 注射・点滴(デポ剤*も含む)

薬剤名(商品名)	1アンプル・1本の量 ¹⁾	1日量 ²⁾	回数/1日	日数/7日間 ³⁾	経路 ⁴⁾

- 1) 1アンプル・1本の量欄には、1アンプルに含まれる内容薬の mg を記入。ただし、輸液製剤等は1本当たりの容量を ml 数で記入。
- 2) 1日当たりのアンプル・本数を記入する。
- 3) 対象7日間に効果が及んでいるデポ剤は1日と記入する。
- 4) 経路欄には、静注=1, 筋注=2, 皮下注=3, デポ剤=4, その他=5を記入

* デポ剤：1回の注射(皮下注射か筋肉注射)で1~4週間効果が持続する持効型抗精神病薬。2週間持効型のアナテナジンデポー、アナテンゾールデポー、4週間持効型のネオペリドール、ハロマンズ、フルデカシン(以上すべて商品名)などがある。

C. その他(外用薬, 坐薬, 吸入薬など)

薬剤名(商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路 ¹⁾

- 1) 経路欄には、外用(塗布・貼付, 点眼, 点鼻など)=1, 坐薬=2, その他=3を記入

(8) 利用者票アセスメント様式 居宅サービス計画ガイドライン方式

1

フェースシート

アセスメント実施日 年 月 日

年 月 日 受付 訪問 電話 来所
 その他 () 相談受付者

本人氏名		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	年	月	日生れ	歳
住所	〒 _____ ☎ 携帯 _____							
緊急連絡先	氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	歳	本人との続柄 ()				
	〒 _____ ☎ 携帯 _____							
相談者	氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	歳	本人との続柄 ()				
	〒 _____ ☎ 携帯 _____							
相談経路 (紹介者)								
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日 年 月 日							

相談内容 (主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い)

(本人)

 (家族及び介護者)

これまでの生活の経過

(本人)

 (家族及び介護者)

高額介護サービス費該当	利用者負担 (<input type="radio"/> 第4段階 <input type="radio"/> 第3段階 <input type="radio"/> 第2段階 <input type="radio"/> 第1段階)						
要介護認定	済 → 非該当・要支援 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	要介護 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	認定日	年	月	日	
	未(見込み) → 非該当・要支援 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 要介護 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5						
身障手帳	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	等級	種	級	交付日	年	月
療育手帳	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	程度			交付日	年	月
精神障害者保健福祉手帳	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	等級		級	交付日	年	月
障害者福祉サービス受給者証の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	自立支援医療受給者証の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	障害程度(支援)区分 →	()		
日常生活自立度	寝たきり	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		判定者	判定日	年 月 日	
	認知症	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M				年 月 日	

1 フェースシート

アセスメント実施日 年 月 日

年 月 日 受付 訪問 電話 来所
 その他 () 相談受付者

本人氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	年	月	日生れ	歳
住所	〒 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 携帯						
緊急連絡先	氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	歳	本人との続柄 ()			
	〒 住所	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 携帯					
相談者	氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	歳	本人との続柄 ()			
	〒 住所	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 携帯					
相談経路 (紹介者)							
居宅サービス計画作成依頼の届出	届出年月日 年 月 日						

相談内容 (主訴/本人・家族の希望・困っていることや不安、思い) **これまでの生活の経過**

(本人) (家族及び介護者)	
---	--

高額介護サービス費該当	利用者負担 (<input type="radio"/> 第4段階 <input type="radio"/> 第3段階 <input type="radio"/> 第2段階 <input type="radio"/> 第1段階)						
要介護認定	済 → 非該当・要支援	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	要介護	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	認定日	年	月 日
	未(見込み) → 非該当・要支援	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	要介護	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5			
身障手帳	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	等級	種	級	交付日	年	月
療育手帳	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	程度			交付日	年	月
精神障害者保健福祉手帳	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	等級	級		交付日	年	月
障害者福祉サービス受給者証の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	自立支援医療受給者証の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	障害程度(支援)区分→ ()			
日常生活自立度	寝たきり	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		判定者		判定日	年 月 日
	認知症	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M					年 月 日

(全社協・在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

2 家族状況とインフォーマルな支援の状況

家族構成と介護状況

家族構成図			家族の介護の状況・問題点		
女性=○,男性=□ 分かれば横に年齢を記載 本人=○,回 死亡=●,■ 同居=○で囲む					
氏名(主たる介護者には※)	続柄	同別居	職の有無	健康状態等	特記事項
○男 ○女		○同 ○別	○有 ○無		
○男 ○女		○同 ○別	○有 ○無		
○男 ○女		○同 ○別	○有 ○無		
○男 ○女		○同 ○別	○有 ○無		
○男 ○女		○同 ○別	○有 ○無		

インフォーマルな支援活用状況 (親戚・近隣・友人・同僚・ボランティア・地域の団体等)

支援提供者	活用している支援内容	受けたい支援/必要と思われる支援	特記事項

(全社協・在宅ケアプラン作成方法検討委員会作成)

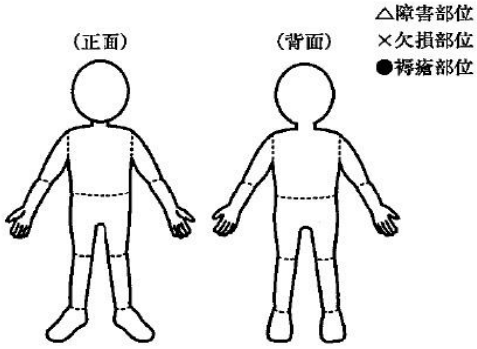
3 サービス利用状況

年 月 日 時点

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日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載)	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス) 月 回 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護 月 回 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護 月 回 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション 月 回 <input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導 月 回 <input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス) 月 回 <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月 回 <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 日 <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 日 <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護 月 日 <input type="checkbox"/> 複合型サービス 月 日 <input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与 品目 <input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売 品目 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ○ あり ○ なし <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 月 日 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 月 日 <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 日 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 日 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 日 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 回 <input type="checkbox"/> 生活支援員の訪問(日常生活自立支援事業) 月 回 <input type="checkbox"/> ふれあい・いきいきサロン 月 回
<input type="checkbox"/> 配食サービス 月 回 <input type="checkbox"/> 洗濯サービス 月 回 <input type="checkbox"/> 移送サービス 月 回 <input type="checkbox"/> 友愛訪問 月 回 <input type="checkbox"/> 老人福祉センター 月 回 <input type="checkbox"/> 老人憩いの家 月 回 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー 月 回 <input type="checkbox"/> 身障/補装具・日常生活用具 ()	<input type="checkbox"/> () 月 回 <input type="checkbox"/> () 月 回 <input type="checkbox"/> () 月 回 <input type="checkbox"/> () 月 回 <input type="checkbox"/> () 月 回
直近の入所・入院 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 施設・機関名 所在地 〒	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)
年金 <input type="checkbox"/> 老齢関係 → () <input type="checkbox"/> 障害関係 → () <input type="checkbox"/> 遺族・寡婦 → () <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金貸付 <input type="checkbox"/> 高齢者住宅整備資金貸与 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業) <input type="checkbox"/> 定年後見制度 → <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 成年後見人等 ()	健康保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(旧・政管健保) <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 日雇い <input type="checkbox"/> 国公共済 <input type="checkbox"/> 地方共済 <input type="checkbox"/> 私立学校共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 労災保険 () その他 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()

(全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成)

5 本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症(必要に応じ「主治意見書」を転記) ※要介護状態に関係がある既往歴および現症		障害等の部位			
		 <p>△障害部位 ×欠損部位 ●疼痛部位</p>			
身長	cm	体重	kg		
歯の状況	<input type="radio"/> 歯あり <input type="radio"/> 歯なし <input type="radio"/> 総入れ歯 <input type="radio"/> 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)				
【特記事項】					
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸・息切れ、便秘、尿失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。					
現在の受診状況					
病名					
薬の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
受診状況	発症時期 <small>※主治医意見書を参考に記入</small>				
	受診頻度	定期(○週○月 回) <input type="radio"/> 不定期	定期(○週○月 回) <input type="radio"/> 不定期	定期(○週○月 回) <input type="radio"/> 不定期	定期(○週○月 回) <input type="radio"/> 不定期
	受診状況	<input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 往診	<input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 往診	<input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 往診	<input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 往診
受診病院	医療機関				
	診療科				
	主治医				
	連絡先	☎	☎	☎	☎
受診方法 留意点等					
往診可能な医療機関	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () ☎				
緊急入院できる医療機関	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () ☎				
相談、処方を受けている薬局	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () ☎				
【特記、生活上配慮すべき課題など】					

(全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成)

6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

現在、家族が実施している場合は○
時々実施の場合は△

現在、在宅サービス等で実施している場合○

本人・家族がサービス実施を希望する場合○

要援助と判断される場合に✓
計画した場合に○(確認)

・6-①基本(身体機能・起居)動作

要 介 護 認 定 項 目	1-1 麻痺等(複数可)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	1-2 拘縮(複数可)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	1-3 寝返り	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
	1-4 起き上がり	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
	1-5 座位保持	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
	1-6 両足での立位保持	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
	1-7 歩行	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
	1-8 立ち上がり	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
	1-9 片足での立位保持	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
	1-10 洗身	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4		
	1-11 つめ切り	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3			
	1-12 視力	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
	1-13 聴力	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
	1-14 関節の動き(複数可)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

体位変換・起居

6-①1-1、1-2関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1)体位変換介助				
2)起居介助				

リハビリの必要性 あり→P11 なし

【特記、解決すべき課題など】

入浴

6-①1-10関係	援助の現状		希望	要援助→計画
	家族実施	サービス実施		
1)準備・後始末				
2)移乗移動介助				
3)洗身介助				
4)洗髪介助				
5)清拭・部分浴				
6)褥瘡・皮膚疾患の対応				

2)移乗移動介助

現状	計画
<input type="radio"/> 見守りのみ	<input type="radio"/> 見守り必要
<input type="radio"/> 介助あり	<input type="radio"/> 介助必要

3)洗身介助

現状	計画
<input type="radio"/> 見守りのみ	<input type="radio"/> 見守り必要
<input type="radio"/> 介助あり	<input type="radio"/> 介助必要

特記、解決すべき課題など

特記、解決すべき課題など

＜コミュニケーションの状況・方法(6-①1-12、1-13関係)＞

ア. 視聴覚 眼鏡使用 コンタクト使用 補聴器使用

イ. 電話 あり なし

ウ. 言語障害 あり () なし

エ. コミュニケーション支援機器の使用 あり () なし

特記、解決すべき課題など

・6-②生活機能(食事・排泄等)

要介護認定項目	2-1 移乗	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	食事 6-②2-1～2-4関係 1)移乗介助 2)移動介助 3)摂取介助 【特記、解決すべき課題など】 主食 現状 計画 <input type="radio"/> 普通食 <input type="radio"/> 粥食 <input type="radio"/> 普通食 <input type="radio"/> 粥食 <input type="radio"/> 経口栄養 <input type="radio"/> 経管栄養 <input type="radio"/> 経口栄養 <input type="radio"/> 経管栄養 <input type="radio"/> その他 () <input type="radio"/> その他 () 副食 <input type="radio"/> 普通食 <input type="radio"/> 刻み食 <input type="radio"/> ミキサー食 <input type="radio"/> 普通食 <input type="radio"/> 刻み食 <input type="radio"/> ミキサー食 <input type="radio"/> その他 () <input type="radio"/> その他 () 摂取介助 <input type="radio"/> 見守りのみ <input type="radio"/> 介助あり <input type="radio"/> 見守りのみ <input type="radio"/> 介助あり 排泄等 6-②2-1～2-4関係 1)準備・後始末 2)移乗移動介助 3)排尿介助 4)排便介助 5)口腔清潔介助 6)洗面介助 7)整容介助 8)更衣介助	援助の現状	希望	要援助→計画
	2-2 移動	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		家族実施		
	2-3 えん下	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				
	2-4 食事摂取	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				
	2-5 排尿	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				
	2-6 排便	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				
	2-7 口腔清潔	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				
	2-8 洗顔	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				
	2-9 整髪	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				
	2-10 上衣の着脱	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				
	2-11 ズボン等の着脱	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				
	2-12 外出頻度	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				
	2-13 飲水摂取	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				

＜その他食事の現状(6-②2-4関係)＞

ア. 食事場所 食堂 居室ベッド上
 布団上 その他居室内
 その他 ()

イ. 食堂までの段差 あり なし

ウ. 咀嚼の状況 問題なし 問題あり
 → 噛みにくい 時々噛みにくい
 とても噛みにくい

エ. 食事の内容 一般食 糖尿食
 K₂ 高血圧食 g 抗潰瘍食
 その他 ()

＜その他排泄の状況(6-②2-5、2-6関係)＞

ア. 尿意 ある ときどきある ない

イ. 便意 ある ときどきある ない

次ページの【外出】に続く

次ページの【排尿介助(2-5)】に続く

次ページの【排尿介助(2-6)】に続く

排尿介助 (2-5)			
現状		計画	
<input type="radio"/> 見守りのみ	<input type="radio"/> 介助あり	<input type="radio"/> 見守り必要	<input type="radio"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
<input type="checkbox"/> 尿収器	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿収器	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> おむつ		<input type="checkbox"/> おむつ	
排尿介助 (2-6)			
<input type="radio"/> 見守りのみ	<input type="radio"/> 介助あり	<input type="radio"/> 見守り必要	<input type="radio"/> 介助必要
<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
<input type="checkbox"/> 差し込み便器	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 差し込み便器	<input type="checkbox"/> おむつ
<input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> 浣腸
<input type="checkbox"/> 人工肛門		<input type="checkbox"/> 人工肛門	
【特記、解決すべき課題など】			

外出

6-②2-12関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)移送・外出介助				

【特記、解決すべき課題など】

・6-③認知機能

要介護認定項目	3-1	意思の伝達	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	3-2	毎日の日課を理解する	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	3-3	生年月日や年齢を答える	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	3-4	面接調査の直前記憶	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	3-5	自分の名前を答える	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	3-6	今の季節を理解する	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	3-7	自分のいる場所を答える	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	3-8	徘徊	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
	3-9	外出すると戻れない(迷子)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
	3-10	介護者の発言への反応	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	

家族等からの情報と観察	
-------------	--

・6-④精神・行動障害

要介護認定項目	4-1	被害妄想(物を盗られたなど)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-2	作話をする	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-3	感情が不安定になる	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-4	昼夜の逆転	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-5	しつこく同じ話をする	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-6	大声を出す	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-7	介護に抵抗する	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-8	落ち着きがない(「家に帰る」等)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-9	外に出たがり目が離せない	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-10	ものを集める、無断でもってくる	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-11	物を壊す、衣類を破く	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-12	ひどい物忘れ	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-13	独り言や独り笑い	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-14	自分勝手な行動	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-15	話がまとまらない、会話にならない	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-16	幻視・幻聴	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-17	暴言・暴力	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-18	目的なく動き回る	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-19	火の始末・管理	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-20	不潔行為	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	4-21	異食行動	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

(家族)	
援助の現状	
(サービス)	

援助の希望(本人)	
-----------	--

援助の希望(家族)	
-----------	--

援助の計画	
-------	--

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑤社会生活(への適応)力

要介 護認 定項 目	5-1 薬の内服	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
	5-2 金銭の管理	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
	5-3 日常の意思決定	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	5-4 集団への不適応	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
	5-5 買い物	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	5-6 簡単な調理	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	5-7 電話の利用	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
	5-8 日中の活動(生活)状況等	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	
	5-9 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		

→ 6-⑥医療・健康関係へ

6-⑤5-2、 5-5～5-6関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)金銭管理				
2)買い物				
3)調理				
4)準備・後始末				

＜社会活動の状況(6-⑤5-8、5-9関係)＞

ア. 家族等近親者との交流

あり ()

なし

イ. 地域近隣との交流

あり ()

なし

ウ. 友人知人との交流

あり ()

なし

6-⑤5-7～ 5-8関係	援助の現状		希望	要援助 →計画
	家族実施	サービス実施		
1)定期的な相談・助言				
2)各種書類作成代行				
3)余暇活動支援				
4)移送・外出介助				
5)代読・代筆				
6)話し相手				
7)安否確認				
8)緊急連絡手段の確保				
9)家族連絡の確保				
10)社会活動への支援				

緊急連絡・見守りの方法

【特記、解決すべき課題など】

・6-⑥医療・健康関係

※計画をする際には主治医の意見を求める必要あり

要介護認定項目	処置内容	援助の現状				希望	要援助 →計画	現状↓ 計画↓	具体的計画
		家族実施	サービス実施						
特別な対応	1. 点滴の管理						<input type="checkbox"/>	バイタルサインのチェック	
	2. 中心静脈栄養						<input type="checkbox"/>	定期的な病状観察	
	3. 透析						<input type="checkbox"/>	内服薬	
	4. ストーマ(人工肛門)の処置						<input type="checkbox"/>	座薬(緩下剤、解熱剤等)	
	5. 酸素療法						<input type="checkbox"/>	眼・耳・鼻等の外用薬の使用等	
	6. レスピレーター(人工呼吸器)						<input type="checkbox"/>	温・冷あみ法、湿布貼付等	
	7. 気管切開の処置						<input type="checkbox"/>	注射	
	8. 疼痛の看護						<input type="checkbox"/>	吸引	
	9. 経管栄養						<input type="checkbox"/>	吸入	
	10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)						<input type="checkbox"/>	自己注射(インスリン療法)	
	11. じょくそうの処置						<input type="checkbox"/>	経管栄養法	
	12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)						<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法	
介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)		【特記、生活上配慮すべき課題など】						酸素療法	
(1) 移動		屋外歩行 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 介助があればしている <input type="radio"/> していない						人工呼吸療法	
		車いすの使用 <input type="radio"/> 用いていない <input type="radio"/> 主に自分で操作している <input type="radio"/> 主に他人が操作している						気管カニューレ管理	
		歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用						自己導尿	
(2) 栄養・食生活		食事行為 <input type="radio"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="radio"/> 全面介助						自己腹膜灌流	
		現在の栄養状態 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 不良						膀胱留置カテーテル管理	
		→栄養・食生活上の留意点 ()						人工肛門・人工膀胱管理	
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針		<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下						疼痛管理	
		<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水						褥瘡管理	
		<input type="checkbox"/> 易感染症 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ()							
		→対処方針 ()						(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)		<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療						<input type="radio"/> 期待できる	
		<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導						<input type="radio"/> 期待できない	
		<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()						<input type="radio"/> 不明	
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項		・血圧 <input type="radio"/> 特になし <input type="radio"/> あり ()							
		・移動 <input type="radio"/> 特になし <input type="radio"/> あり ()							
		・摂食 <input type="radio"/> 特になし <input type="radio"/> あり ()							
		・運動 <input type="radio"/> 特になし <input type="radio"/> あり ()							
		・嚥下 <input type="radio"/> 特になし <input type="radio"/> あり ()							
		・その他 ()							
(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい。)		<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()						<input type="radio"/> 不明	

(全社協・在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成)

(9) 利用者票アセスメント様式 包括的自立支援プログラム方式

調査日 年 月 日 保険者番号 被保険者番号

認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可） 特記事項 ⇒1

<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 左上肢 <input type="checkbox"/> 3. 右上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢 <input type="checkbox"/> 5. 右下肢 <input type="checkbox"/> 6. その他
--

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可） ⇒1

<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 肩関節 <input type="checkbox"/> 3. 肘関節 <input type="checkbox"/> 4. 股関節 <input type="checkbox"/> 5. 膝関節 <input type="checkbox"/> 6. 足関節 <input type="checkbox"/> 7. その他
--

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒2

<input checked="" type="radio"/> 1. つかまらないでできる <input type="radio"/> 2. 何かにつかまればできる <input type="radio"/> 3. できない

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒2

<input checked="" type="radio"/> 1. つかまらないでできる <input type="radio"/> 2. 何かにつかまればできる <input type="radio"/> 3. できない

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒2

<input checked="" type="radio"/> 1. できる <input type="radio"/> 2. 自分の手で支えればできる <input type="radio"/> 3. 支えてもらえばできる <input type="radio"/> 4. できない
--

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒2

<input checked="" type="radio"/> 1. 支えなしでできる <input type="radio"/> 2. 何か支えがあればできる <input type="radio"/> 3. できない

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒2

<input checked="" type="radio"/> 1. つかまらないでできる <input type="radio"/> 2. 何かにつかまればできる <input type="radio"/> 3. できない

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒2

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立 <input type="radio"/> 2. 見守り等 <input type="radio"/> 3. 一部介助 <input type="radio"/> 4. 全介助

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒2

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立 <input type="radio"/> 2. 見守り等 <input type="radio"/> 3. 一部介助 <input type="radio"/> 4. 全介助

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

<input checked="" type="radio"/> 1. つかまらないでできる <input type="radio"/> 2. 何かにつかまればできる <input type="radio"/> 3. できない

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

<input checked="" type="radio"/> 1. 支えなしでできる <input type="radio"/> 2. 何か支えがあればできる <input type="radio"/> 3. できない

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 一部介助	<input type="radio"/> 3. 全介助	<input type="radio"/> 4. 行っていない
--	-------------------------------	------------------------------	---------------------------------

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

ア. じょくそう(床ずれ)がありますか	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ある
イ. じょくそう(床ずれ)以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. 見守り等	<input type="radio"/> 3. できない
---	-------------------------------	-------------------------------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 見守り等	<input type="radio"/> 3. 一部介助	<input type="radio"/> 4. 全介助
--	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 見守り等	<input type="radio"/> 3. 一部介助	<input type="radio"/> 4. 全介助
--	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 見守り等	<input type="radio"/> 3. 一部介助	<input type="radio"/> 4. 全介助
--	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 見守り等	<input type="radio"/> 3. 一部介助	<input type="radio"/> 4. 全介助
--	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
ア. 口腔清潔(はみがき等)	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
イ. 洗顔	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
ウ. 整髪	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
エ. つめ切り	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
ア. 上衣の着脱	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
イ. スポン、パンツ等の着脱	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 一部介助	<input type="radio"/> 3. 全介助
--	-------------------------------	------------------------------

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 一部介助	<input type="radio"/> 3. 全介助
--	-------------------------------	------------------------------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

<input checked="" type="radio"/> 1. 自立	<input type="radio"/> 2. 一部介助	<input type="radio"/> 3. 全介助
--	-------------------------------	------------------------------

5-6 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. 特別な場合を除いてできる	<input type="radio"/> 3. 日常的に困難	<input type="radio"/> 4. できない
---	---------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

<input checked="" type="radio"/> 1. 普通（日常生活に支障がない）
<input type="radio"/> 2. 約1m離れた視力確認表の図が見える
<input type="radio"/> 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
<input type="radio"/> 4. ほとんど見えない
<input type="radio"/> 5. 見えているのか判断不能

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

<input checked="" type="radio"/> 1. 普通
<input type="radio"/> 2. 普通の声がやっと聞き取れる
<input type="radio"/> 3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
<input type="radio"/> 4. ほとんど聞えない
<input type="radio"/> 5. 聞えているのか判断不能

6-3 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

<input checked="" type="radio"/> 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる
<input type="radio"/> 2. ときどき伝達できる
<input type="radio"/> 3. ほとんど伝達できない
<input type="radio"/> 4. できない

6-4 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

<input checked="" type="radio"/> 1. 介護者の指示が通じる	<input type="radio"/> 2. 介護者の指示がときどき通じる	<input type="radio"/> 3. 介護者の指示が通じない
--	---	--------------------------------------

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

7. 毎日の日課を理解することが	<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. できない
イ. 生年月日や年齢を答えることが	<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. できない
ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. できない
エ. 自分の名前を答えることが	<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. できない
オ. 今の季節を理解することが	<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. できない
カ. 自分がいる場所を答えることが	<input checked="" type="radio"/> 1. できる	<input type="radio"/> 2. できない

7 問題行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒7

ア.物を盗られたなどと被害的になることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
イ.作話をし周囲に言いふらすことが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
ウ.実際にないものが見えたり、聞えることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
エ.泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
オ.夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
カ.暴言や暴行が	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
キ.しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
ク.大声を出すことが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
ケ.助言や介護に抵抗することが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
コ.目的もなく動き回ることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
サ.「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
シ.外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなるが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
ス.1人で外に出たがり目が離せないことが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
セ.いろいろなものを集めたり、無断でもってくることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
ソ.火の始末や火元の管理ができないことが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
タ.物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
チ.不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
ツ.食べられないものを口に入れることが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある
テ.ひどい物忘れが	<input checked="" type="radio"/> 1. ない	<input type="radio"/> 2. ときどきある	<input type="radio"/> 3. ある

8 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。
(複数回答可) ⇒8

処置内容	<input type="checkbox"/> 1. 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 3. 透析	<input type="checkbox"/> 4. ストーマ(人工肛門)の処置
	<input type="checkbox"/> 5. 酸素療法	<input type="checkbox"/> 6. レスビレーター(人工呼吸器)	<input type="checkbox"/> 7. 気管切開の処置	
	<input type="checkbox"/> 8. 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 9. 経管栄養		
特別な対応	<input type="checkbox"/> 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 11. じょくそうの処置	
失禁への対応	<input type="checkbox"/> 12. カテーテル(Condomカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

9 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> J1	<input type="radio"/> J2	<input type="radio"/> A1	<input type="radio"/> A2	<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> C1	<input type="radio"/> C2
痴呆性老人の日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> IIa	<input type="radio"/> IIb	<input type="radio"/> IIIa	<input type="radio"/> IIIb	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> M	

ケアチェック要約表(包括的自立支援プログラム<全老健版>)

利用者名 _____ (____年 ____月 ____日)

分類	ケア内容
1・食事・水分	調理・準備 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 食事の準備・後始末 <input type="checkbox"/> おやつ準備・後始末 <input type="checkbox"/> 飲み物の準備・後始末
	食事等の摂取介助 <input type="checkbox"/> 食事時の見守り <input type="checkbox"/> 食事摂取一部介助 <input type="checkbox"/> 食事摂取全介助 <input type="checkbox"/> おやつ時の見守り <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> おやつ摂取一部介助 <input type="checkbox"/> おやつ摂取全介助 <input type="checkbox"/> 飲み物摂取介助 <input type="checkbox"/> 食事・水分摂取量のチェック
	経口流動食 <input type="checkbox"/> 経口流動食の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 経口流動食の実施
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 経管栄養の実施 <input type="checkbox"/> チューブの交換・観察
	輸液・輸血 <input type="checkbox"/> 点滴等の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 点滴等の実施・観察・調整等 <input type="checkbox"/> 点滴等の固定等
2・排泄	準備・後始末 <input type="checkbox"/> 排尿介助物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 排便介助物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 消毒
	移乗・移動 <input type="checkbox"/> トイレ・トイレへの誘導 <input type="checkbox"/> 車椅子と便座間の移乗 <input type="checkbox"/> ベッドとトイレ間の移乗
	排尿 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 排尿動作援助 <input type="checkbox"/> 排尿後の後始末 <input type="checkbox"/> 膀胱手圧排尿・叩打法 <input type="checkbox"/> 導尿・カテーテル交換 <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル・尿量等のチェック <input type="checkbox"/> 排尿頻度・量・間隔チェック
	排便 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 排便動作援助 <input type="checkbox"/> 排便後の後始末(直接的援助) <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 人工肛門のケア
	おむつ交換 <input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> おむつの点検・確認 <input type="checkbox"/> おむつの装着・除去
3・入浴・清拭	準備・後始末 <input type="checkbox"/> 浴室準備・後始末・清掃
	移乗・移動 <input type="checkbox"/> 浴室内の見守り <input type="checkbox"/> 浴槽・リフトへの誘導 <input type="checkbox"/> 浴槽内外への移動 <input type="checkbox"/> 車椅子と浴槽内リフト間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と浴槽ストレッチャー間の移乗 <input type="checkbox"/> ストレッチャーと浴槽内リフト間の移乗 <input type="checkbox"/> ストレッチャーと特殊浴槽間の移乗 <input type="checkbox"/> 抱える・抱き上げる・背負う <input type="checkbox"/> リフト・特殊浴槽等の操作
	洗髪 <input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 洗髪一部介助 <input type="checkbox"/> 洗髪全介助
	洗身 <input type="checkbox"/> 洗身一部介助 <input type="checkbox"/> 洗身全介助
	清拭・部分浴 <input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 部分清拭 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 手指浴・足浴 <input type="checkbox"/> 陰部洗浄
4・整容更衣	洗面 <input type="checkbox"/> 洗面所までの誘導 <input type="checkbox"/> 洗面動作の指示 <input type="checkbox"/> 洗面一部介助 <input type="checkbox"/> 洗面全介助
	口腔清潔 <input type="checkbox"/> 物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 口腔清潔の介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯の手入れ <input type="checkbox"/> 口唇の乾燥を防ぐ
	整容 <input type="checkbox"/> 結髪・整髪 <input type="checkbox"/> 散髪 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 髪剃り <input type="checkbox"/> 耳掃除
	更衣 <input type="checkbox"/> 準備・後始末(衣服・靴下・靴) <input type="checkbox"/> 更衣動作の見守り・指示 <input type="checkbox"/> 更衣一部介助 <input type="checkbox"/> 更衣全介助
5・リハビリ	体位変換 <input type="checkbox"/> 体位変換一部介助 <input type="checkbox"/> 体位変換全介助 <input type="checkbox"/> ビーズバンド・円座・足底板等の使用
	起居 <input type="checkbox"/> 身体を起こす・支える <input type="checkbox"/> 端座位から臥床させる・寝かせる <input type="checkbox"/> ギャッチベッドの操作 <input type="checkbox"/> ベッドからの昇降介助 <input type="checkbox"/> 座位保持の介助 <input type="checkbox"/> 立位保持の介助
	移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子の準備・後始末 <input type="checkbox"/> ベッドと車椅子間の移乗 <input type="checkbox"/> ベッドとストレッチャー間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と床・マット間の移乗 <input type="checkbox"/> 車椅子と椅子間等の移乗
	移動 <input type="checkbox"/> 歩行の見守り <input type="checkbox"/> 歩行の介助 <input type="checkbox"/> 車椅子移動の見守り <input type="checkbox"/> 車椅子移動の介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャーによる移動 <input type="checkbox"/> 抱える・抱き上げる・背負う等の移動介助
	リハビリ <input type="checkbox"/> 身体機能の訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 物理療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法
6・医療・健康	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 薬の照合・区分・準備 <input type="checkbox"/> 薬を渡す・服薬介助
	薬剤使用 <input type="checkbox"/> 坐薬の挿入 <input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置・軟膏塗布・薬浴等 <input type="checkbox"/> 眼・耳・鼻の外用药の使用等 <input type="checkbox"/> 温冷あん法・湿布を貼る等 <input type="checkbox"/> 自己注射の指導等 <input type="checkbox"/> 注射の準備・実施・後始末
	処置等 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> タッピング・体位排痰法等 <input type="checkbox"/> 透析関連のケア <input type="checkbox"/> ベッド上での牽引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開口のケア・カニューレ交換 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用中の観察 <input type="checkbox"/> 持続吸引・他のカテーテルの管理等 <input type="checkbox"/> 在宅医療器具点検
	測定等 <input type="checkbox"/> 巡視(夜間)・要態観察 <input type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input type="checkbox"/> 身長・体重・腹囲等測定
	受診・検査 <input type="checkbox"/> 通院・入院・受診の援助と付き添い <input type="checkbox"/> 処置中の固定等 <input type="checkbox"/> 検査用物品の準備・後始末 <input type="checkbox"/> 検体採取 <input type="checkbox"/> 隔離等に伴うケア
7・社会活動	相談・書類作成 <input type="checkbox"/> 代読・代筆 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> コールの受理応答 <input type="checkbox"/> 助言・指導等 <input type="checkbox"/> 家族への連絡等 <input type="checkbox"/> 書類作成
	問題行動対応 <input type="checkbox"/> 徘徊の対応 <input type="checkbox"/> 不潔行為への対応 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言への対応 <input type="checkbox"/> その他の問題行動への対応
	余暇活動 <input type="checkbox"/> 散歩の付き添い <input type="checkbox"/> クラブ・レク活動中の援助
	環境整備 <input type="checkbox"/> 寝具整頓 <input type="checkbox"/> 寝具・リネン交換 <input type="checkbox"/> 居室の掃除 <input type="checkbox"/> 花(私物)の手入れ・動物の世話 <input type="checkbox"/> 衣服・日用品の整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣服の修理・繕い <input type="checkbox"/> 補助器具(私物)の管理 <input type="checkbox"/> 洗濯物を集める・運ぶ <input type="checkbox"/> 洗濯する・干す・たたむ
	その他 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 送迎車の運転

問題点や解決すべき課題等 / 具体的内容 / 優先順位		
1 ・ 食 事 ・ 水 分	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤調理 <input type="checkbox"/> ⑥摂取動作 <input type="checkbox"/> ⑦咀嚼 <input type="checkbox"/> ⑧嚥下 <input type="checkbox"/> ⑨摂取量 <input type="checkbox"/> ⑩体重の変化 <input type="checkbox"/> ⑪嗜好 <input type="checkbox"/> ⑫その他	
2 ・ 排 泄	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑥排泄動作 <input type="checkbox"/> ⑦尿意・便意 <input type="checkbox"/> ⑧失禁 <input type="checkbox"/> ⑨排尿量・回数 <input type="checkbox"/> ⑩排便量・回数 <input type="checkbox"/> ⑪その他	
3 ・ 入 浴 ・ 清 拭	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑥洗身動作 <input type="checkbox"/> ⑦洗髪動作 <input type="checkbox"/> ⑧入浴回数 <input type="checkbox"/> ⑨身体清潔 <input type="checkbox"/> ⑩その他	
4 ・ 整 容 更 衣	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑥洗面動作 <input type="checkbox"/> ⑦口腔清潔 <input type="checkbox"/> ⑧入れ歯 <input type="checkbox"/> ⑨整髪動作 <input type="checkbox"/> ⑩爪さき <input type="checkbox"/> ⑪髭剃り <input type="checkbox"/> ⑫耳掃除 <input type="checkbox"/> ⑬更衣動作 <input type="checkbox"/> ⑭その他	
5 ・ リ ハ ビ リ	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤体位交換 <input type="checkbox"/> ⑥起居動作 <input type="checkbox"/> ⑦移乗・移動 <input type="checkbox"/> ⑧手指・上肢機能 <input type="checkbox"/> ⑨生活環境 <input type="checkbox"/> ⑩在宅生活継続・復帰 <input type="checkbox"/> ⑪その他	
6 ・ 医 療 ・ 健 康	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤治療中の疾病 <input type="checkbox"/> ⑥処方薬 <input type="checkbox"/> ⑦薬剤の管理・服薬 <input type="checkbox"/> ⑧受診介助 <input type="checkbox"/> ⑨バイタルサイン <input type="checkbox"/> ⑩疼痛等の自覚症状 <input type="checkbox"/> ⑪麻痺・拘縮 <input type="checkbox"/> ⑫創傷・褥瘡等 <input type="checkbox"/> ⑬浮腫 <input type="checkbox"/> ⑭終末期の対応 <input type="checkbox"/> ⑮その他	
7 ・ 社 会 活 動	<input type="checkbox"/> ①本人の希望 <input type="checkbox"/> ②家族の希望 <input type="checkbox"/> ③医療管理 <input type="checkbox"/> ④代替ケア <input type="checkbox"/> ⑤視力・聴力 <input type="checkbox"/> ⑥会話能力 <input type="checkbox"/> ⑦記憶・認知・理解 <input type="checkbox"/> ⑧性格・生活面 <input type="checkbox"/> ⑨精神症状・問題行動 <input type="checkbox"/> ⑩生活環境 <input type="checkbox"/> ⑪介護者・家族 <input type="checkbox"/> ⑫掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> ⑬買物 <input type="checkbox"/> ⑭金銭管理 <input type="checkbox"/> ⑮移送サービス <input type="checkbox"/> ⑯その他	

(10) 利用者票アセスメント様式 R4

A-2インテーク:適性アセスメントシート →暫定ケアプラン			[及び(判定後)]		利用者氏名		様		要介護度		障害自立度	
					ID:						認知症自立度	
添付書類等:					作成開始日: 年 月 日							
レベル			特記事項		レベル			特記事項				
図等			区分		図等			区分				
			(器具・補助具の状況及びリスク等)					(器具・補助具の状況及びリスク等)				
基本動作					食事動作							
歩行移動					食事形態			【主食】 【副食】 【水分】 【補助具】		【療養費】		
移動手段			<input type="checkbox"/> 1. T字杖の利用 <input type="checkbox"/> 2. 装具(短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 <input type="checkbox"/> 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行) <input type="checkbox"/> 5. 車椅子の利用 <input type="checkbox"/> 6. リクライニング式車椅子の利用 <input type="checkbox"/> 7. 介助者や付き添いの必要		<input type="checkbox"/> 8. () <input type="checkbox"/> 9. () <input type="checkbox"/> 10. ()			排泄動作				
認知機能			aオリエンテーション bコミュニケーション c精神活動 d周辺症状		A群 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 感情 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 破壊 <input type="checkbox"/> 投げる 合計数: 0			B群 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> タンス <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼間寝てばかり <input type="checkbox"/> 繰返聞く <input type="checkbox"/> 不適切な場所での排尿 合計数: 0		排泄の形態 日中: 夜間:		
嚥下機能					尿意 尿意 便意			入浴動作		入浴手段		
					a口腔ケア			b整容		c衣服		
					その他の周辺症状			余暇		交流		
					【歯】			入所前早期訪問の情報(在宅環境の状況)		●未 ○訪問日:		
								その他の特記事項				

A-3:生活機能(ICF)アセスメント			利用者氏名			様			要介護度			障害自立度								
ID:						評価日:			年 月 日			年 月 日								
●入所時 ○ヶ月後の状態 / 入所日:						年 月 日			年 月 日			年 月 日								
レベル		区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		レベル		区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		レベル		区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)				
基本動作							食事動作					食事形態 【主食】 【副食】 【水分】 【補助具】								
歩行移動							排泄動作					排泄の形態 日中: 夜間:								
移動手段					<input type="checkbox"/> 1. T字杖の利用 <input type="checkbox"/> 2. 装具(短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 <input type="checkbox"/> 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行) <input type="checkbox"/> 5. 車椅子の利用 <input type="checkbox"/> 6. リクライニング式車椅子の利用 <input type="checkbox"/> 7. 介助者や付き添いの必要															
認知機能	aオリエンテーション						尿意 尿意 便意					入浴動作								
	bコミュニケーション																			
	c精神活動																			
	d周辺症状				A群 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 感情 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 破壊 <input type="checkbox"/> 投げる 合計数: 0		B群 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> タンス <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼間寝てばかり <input type="checkbox"/> 繰返聞く <input type="checkbox"/> 不適切な場所での排泄 合計数: 0						a口腔ケア							
					その他の周辺症状								b整容							
嚥下機能													c衣服							
入所後早期訪問の情報(在宅環境の状況) ●未 ○訪問日:						余暇						交流								
						【歯】						その他の特記事項								

2. 結果概要

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業 (結果概要)(案)

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

1. 調査の目的

- 介護サービスの質の評価のあり方に関する検討のため、利用者の状態の評価に用いられるアセスメント指標に対し、類似の評価項目の同等性等、各アセスメント指標の互換性の検証を行う。
- 上記の検証のため、施設・事業所において日常的に使用しているアセスメント様式等についても併せて調査を行う。

2. 調査方法

A. アセスメント様式等の実態調査(施設・事業所調査)

調査対象	調査方法	発出数・回収状況(※)
介護老人保健施設	アンケート調査。 ID・パスワードを郵送配布し、Webサイト上で回答	【母集団】全国の介護老人保健施設4,225施設 【発出数】悉皆(災害救助法の適用地域を除く、以下同じ) 【回収数】1,428施設【回収率】33.9%【有効回収数】1,138施設【有効回収率】27.0%
介護老人福祉施設		【母集団】全国の介護老人福祉施設7,675施設 【発出数】全国の施設から無作為抽出した3,800施設 【回収数】1,485施設【回収率】39.1%【有効回収数】1,131施設【有効回収率】29.8%
居宅介護支援事業所		【母集団】全国の居宅介護支援事業所39,601事業所 【発出数】全国の事業所から無作為抽出した3,900事業所 【回収数】1,413事業所【回収率】36.2%【有効回収数】1,062事業所【有効回収率】27.2%

※回収状況は平成29年9月1日時点。Webサイト上において回答を一時保存した施設・事業所も回収数に含め、有効回答からは除外している。

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査)

調査対象	調査方法	発出数・回収状況
上記施設・事業所調査の対象施設・事業所の利用(入所)者	アンケート調査。 電子調査票をWebサイト上で取得・回収	【回収数】1,381人(介護老人保健施設)、1,367人(介護老人福祉施設)、1,449人(居宅介護支援事業所)(抽出方法は、各施設・事業所において利用(入所)者50人につき1人) 【有効回収数】1,313人(介護老人保健施設)、1,302人(介護老人福祉施設)、1,327人(居宅介護支援事業所)

※利用者調査は、回答数が施設・事業所ごとに異なり、母数が把握できないため、回収率は算出しない。

C. アセスメント様式等の互換性調査(訪問ヒアリング調査)

調査対象	調査方法	ヒアリング対象数・時期
上記Bの調査を回答した施設・事業所の職員	訪問ヒアリング調査	【ヒアリング対象】8施設・事業所(介護老人保健施設:3、介護老人福祉施設:3、居宅介護支援事業所:2) 【ヒアリング時期】平成29年12月下旬~平成30年1月中旬

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

3. 調査結果概要

A. アセスメント様式等の実態調査(施設・事業所調査)

【主に使用しているアセスメント様式等】

- 施設サービス(介護老人保健施設、介護老人福祉施設)では包括的自立支援プログラム方式を使用している施設が多く、それぞれ29.2%、49.3%であった。
- 居宅介護支援事業所では居宅サービス計画ガイドライン方式を使用している事業所が37.6%と最も多かった。
- 介護老人保健施設ではR4を使用している施設が20.3%であった。
- 介護老人保健施設の23.0%、介護老人福祉施設の26.7%、居宅介護支援事業所の19.2%では独自様式を使用していた。

※施設票・事業所票 問5(2)主に使用しているアセスメント様式と施設種別のクロス集計

図表1【施設・事業所票】主に使用しているアセスメント様式

	インターライ方式	MDS方式・MDS-HC方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式・TAI-HC方式	日本訪問看護振興財団方式	日本介護福祉士会方式	包括的自立支援プログラム方式	R4	独自様式	その他	名称不明	合計
介護老人保健施設	7 0.6%	131 11.5%	18 1.6%	15 1.3%	2 0.2%	0 0.0%	4 0.4%	332 29.2%	231 20.3%	262 23.0%	100 8.8%	36 3.2%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	2 0.2%	67 5.9%	27 2.4%	16 1.4%	2 0.2%	1 0.1%	5 0.4%	558 49.3%	2 0.2%	302 26.7%	97 8.6%	52 4.6%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	7 0.7%	164 15.4%	399 37.6%	8 0.8%	22 2.1%	5 0.5%	16 1.5%	46 4.3%	3 0.3%	204 19.2%	133 12.5%	55 5.2%	1062 100.0%
合計	16 0.5%	362 10.9%	444 13.3%	39 1.2%	26 0.8%	6 0.2%	25 0.8%	936 28.1%	236 7.1%	768 23.1%	330 9.9%	143 4.3%	3331 100.0%

※各サービス別に割合の高い上位2様式を橙色で表示している。

3

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

A. アセスメント様式等の実態調査(施設・事業所調査)

【独自様式において収集している項目】

- 身体機能・起居動作等に関する項目、生活機能に関する項目、認知機能に関する項目、精神・行動障害に関する項目はいずれのサービスにおいても90%以上であった。
- 介護老人福祉施設では特別な医療、既往等に関する項目、居宅介護支援事業所では特別な医療、既往等に関する項目、社会生活への適応に関する項目も90%以上であった。

※施設票・事業所票 問5(3)独自様式において収集している項目と施設種別のクロス集計

図表2【施設・事業所票】独自様式を使用している場合、独自様式において収集している項目(複数回答)

	施設・事業所数	身体機能・起居動作等に関する項目	生活機能に関する項目	認知機能に関する項目	精神・行動障害に関する項目	社会生活への適応に関する項目	特別な医療、既往等に関する項目	その他の項目	わからない
介護老人保健施設	262 100.0%	256 97.7%	257 98.1%	248 94.7%	241 92.0%	211 80.5%	227 86.6%	34 13.0%	8 3.1%
介護老人福祉施設	302 100.0%	298 98.7%	300 99.3%	297 98.0%	281 93.0%	269 89.1%	276 91.4%	52 17.2%	1 0.3%
居宅介護支援事業所	204 100.0%	202 99.0%	201 98.5%	198 97.1%	194 95.1%	197 96.6%	190 93.1%	52 25.5%	6 2.9%
合計	768 100.0%	756 98.4%	758 98.7%	733 95.4%	716 93.2%	677 88.2%	693 90.2%	138 18.0%	15 2.0%

※各サービス別に割合の高い上位2様式を橙色で表示している。

4

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (1) 調査方法

- 施設・事業所調査の結果から、使用している施設・事業所が比較的多いアセスメント様式等(MDS方式・MDS-HC方式、居宅サービス計画ガイドライン方式、包括的自立支援プログラム方式、R4)を対象として、データ項目ver.2の回答結果との比較を実施した。
 - データ項目ver.2の各項目に対する互換性の検証を行うアセスメント項目として、データ項目ver.1とアセスメント項目の対応表※(平成27年度調査結果)において整理されている項目については「完全一致」または「部分一致(紐付け可)」の項目とし、データ項目ver.2において追加された新規項目については新たに対応する項目を検討した。
- ※包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目ver.2と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行っている。

図表 3 平成27年度調査結果(抜粋)

データ項目 ver.1 (抜粋)			1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
			インターライ方式(居宅版)	インターライ方式(施設版)	MDS-HC2.0方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	日本社団法人介護福祉士会方式	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)	
情報 ア セ ス メ ン ト	(2)基本動作	寝返り	×	×	×	△	△	△	△	×	×	◎	◎	
	(2)基本動作	座位の保持	—	—	—	△	△	△	△	×	×	◎	◎	
	(2)基本動作	座位での乗り移り	×	×	△	△	×	△	△	×	×	◎	◎	
	(2)基本動作	立位の保持	×	×	—	×	×	△	△	×	×	◎	◎	
	(3)排泄の状況	尿失禁	△	△	△	△	△	△	△	×	×	—	—	
	(3)排泄の状況	便失禁	△	△	△	—	△	△	△	×	×	—	—	
	(3)排泄の状況	パルンカテーテルの使用	△	△	△	△	△	△	△	×	×	△	△	
	(4)食事の状況	食事の回数	—	—	—	—	—	—	◎	◎	—	—	—	—
	(4)食事の状況	食事量の問題	—	—	△	—	—	—	—	△	—	×	—	—
	(6)視力の状況		△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	×	×

表内の記号について
 ◎ 完全一致
 ○ アセスメント様式には無いが、事業所が持つ情報
 △ 部分一致(紐付け可)
 × 部分一致(紐付け不可)
 — 該当項目なし
 / 該当しない

5

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (1) 調査方法

- データ項目ver.2の項目は以下の通りである。

図表 4 データ項目ver.2(利用者調査票から抜粋)

問2. 利用者の状態に関する情報 記載日時点における状況		
(1) ADLの状況	入浴	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
	排泄 排尿	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
	食事摂取	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
	更衣 上衣 下衣	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
(2) 基本動作	個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
	寝返り	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
(3) 排泄の状況	座位の保持	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
	座位での乗り移り	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
	立位の保持	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
(4) 食事の状況	尿失禁	○ あり ○ なし ○ 対象外
	便失禁	○ あり ○ なし ○ 対象外
(5) 視力の状況	パルンカテーテルの使用	○ あり ○ なし
	食事の回数	回数
(6) 薬の状況	食事量の問題	○ 問題あり ○ 問題なし ○ 過食 ○ 小食 ○ その他
	飲んでいる場合の薬の種類	○ 問題あり ○ 問題なし ○ 不明
	飲んでいる場合の薬の種類数	種類
	飲んでいる場合の薬の種類	種類
(7) 褥瘡の状況	褥瘡の実施状況	○ あり ○ なし
	褥瘡の有無	○ あり ○ なし
(8) 過去3か月間の入院の有無	褥瘡の実施状況	○ 自分でやっている ○ 自分でやっていない
	褥瘡の有無	○ あり ○ なし
	過去3か月間の入院の有無	○ あり ○ なし
	過去3か月間の在宅復帰の有無	○ あり ○ なし
	過去3か月間の骨折の有無	○ あり ○ なし
	過去3か月以内に転倒をしましたか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に感染症の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明
	過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。	○ はい ○ いいえ ○ 不明

6

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (2)ADLの状況

【ADLの状況 更衣(上衣)】

○MDS方式・MDS-HC方式においてADL自立度(上半身の更衣)が「自立」の場合、データ項目 ver.2のADLの状況・更衣(上衣)を「自分でやっている」と回答した割合は93%であった。「準備のみ」では86%、「観察」では76%であった。

○「部分的な援助」ではデータ項目 ver.2のADLの状況・更衣(上衣)を「自分でやっていない」と回答した割合が68%であった。「広範な援助」では86%、「最大の援助」では95%、「全面依存」では100%であった。

※利用者票 問2 (1)ADLの状況 更衣(上衣)とMDS方式・MDS-HC方式のADL自立度(上半身の更衣)のクロス集計

図表 5 【利用者票】ADL自立度(上半身の更衣)(MDS方式・MDS-HC方式) × ADLの状況・更衣(上衣) (データ項目 ver.2)

MDS方式・MDS-HC方式	データ項目 ver.2	ADLの状況 更衣(上衣)			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
ADL自立度 上半身の更衣	0 自立:手助け,準備,観察は不要,1~2回のみ	42 93%	2 4%	1 2%	45 100%
	1 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上	18 86%	3 14%	0 0%	21 100%
	2 観察:見守り,動かし,誘導が3回以上,あるいは,1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)	22 76%	7 24%	0 0%	29 100%
	3 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできる,四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上,それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)	12 32%	25 68%	0 0%	37 100%
	4 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできるが,以下の援助を3回以上,体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える),ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。	3 14%	18 86%	0 0%	21 100%
	5 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分でできず,以下の援助を3回以上,体重を支える援助(たとえば,四肢や体幹の重みを支える),ある動作要素,あるいはすべての動作について全面援助。	1 5%	18 95%	0 0%	19 100%
	6 全面依存:まる3日間すべての面で他者が全面援助した	0 0%	33 100%	0 0%	33 100%
	8 本動作は3日間の間に1回もなかった	0 0%	1 100%	0 0%	1 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

7

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (2)ADLの状況

【ADLの状況 更衣(上衣)】

○居宅サービス計画ガイドライン方式において「上衣の着脱」が「介助されていない」場合、データ項目 ver.2で「自分でやっている」と回答した割合は94%、「見守り等」の場合、73%であった。「一部介助」、「全介助」の場合、「自分でやっていない」と回答した割合はそれぞれ61%、97%であった。

○包括的自立支援プログラム方式において「上衣の着脱」が「自立」の場合、データ項目 ver.2で「自分でやっている」と回答した割合は75%、「見守り等」の場合、80%であった。「一部介助」、「全介助」の場合、「自分でやっていない」と回答した割合はそれぞれ84%、99%であった。

※利用者票 問2 (1)ADLの状況 更衣(上衣)と居宅サービス計画ガイドライン方式、包括的自立支援プログラム方式の上衣の着脱のクロス集計

図表 6 【利用者票】上衣の着脱(居宅サービス計画ガイドライン方式) × ADLの状況・更衣(上衣) (データ項目 ver.2)

居宅サービス 計画ガイドライン方式	データ項目 ver.2	ADLの状況 更衣(上衣)			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
上衣の着脱	1 介助されていない	120 94%	5 4%	2 2%	127 100%
	2 見守り等	36 73%	13 27%	0 0%	49 100%
	3 一部介助	32 38%	51 61%	1 1%	84 100%
	4 全介助	1 3%	35 97%	0 0%	36 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

図表 7 【利用者票】上衣の着脱(包括的自立支援プログラム方式) × ADLの状況・更衣(上衣) (データ項目 ver.2)

包括的 自立支援プログラム方式	データ項目 ver.2	ADLの状況 更衣(上衣)			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
上衣の着脱	1 自立	36 75%	12 25%	0 0%	48 100%
	2 見守り等	32 80%	8 20%	0 0%	40 100%
	3 一部介助	24 16%	128 84%	1 1%	153 100%
	4 全介助	1 1%	194 99%	0 0%	195 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

8

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (2)ADLの状況

【ADLの状況 更衣(上衣)】

OR4において整容・衣服が「レベル5」の場合、データ項目ver.2のADLの状況・更衣(上衣)を「自分でやっている」と回答した割合は96%であった。「レベル4」では68%。「レベル3」では58%であった。

OR「レベル2」ではデータ項目ver.2のADLの状況・更衣(上衣)を「自分でやっていない」と回答した割合が88%であった。「レベル1」では94%であった。

※利用者票 問2 (1)ADLの状況 更衣(上衣)とR4の整容・衣服のクロス集計

図表 8 【利用者票】整容 衣服(R4) × ADLの状況・更衣(上衣) (データ項目ver.2)

R4	データ項目ver.2	ADLの状況 更衣(上衣)			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
整容 衣服	1 (レベル1) 上衣の片袖を通すことを自分でやっていない	2 6%	33 94%	0 0%	35 100%
	2 (レベル2) 更衣の際のボタンのかけはずしを自分でやっていないが、上衣の片袖を通すことは自分でやっている	4 12%	30 88%	0 0%	34 100%
	3 (レベル3) スポンやパンツの着脱を自分でやっていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分でやっている	23 58%	17 43%	0 0%	40 100%
	4 (レベル4) 衣服を畳んだり整理することを自分でやっていないが、スポンやパンツの着脱は自分でやっている	28 68%	12 29%	1 2%	41 100%
	5 (レベル5) 衣服を畳んだり整理することを自分でやっている	26 96%	1 4%	0 0%	27 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

9

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (3)基本動作

【基本動作・座位での乗り移り】

ORMDS方式・MDS-HC方式においてADL自立度(移乗)が「自立」の場合、データ項目ver.2の基本動作・座位での乗り移りを「自分でやっている」と回答した割合は94%であった。「準備のみ」では80%。「観察」では76%であった。

OR「部分的な援助」ではデータ項目ver.2の基本動作・座位での乗り移りを「自分でやっていない」と回答した割合が62%であった。「広範な援助」では100%、「最大の援助」では87%、「全面依存」では97%であった。

※利用者票 問2 (2) 基本動作 座位での乗り移りとMDS方式・MDS-HC方式のADL自立度(移乗)のクロス集計

図表 9 【利用者票】ADL自立度(移乗) (MDS方式・MDS-HC方式) × 基本動作・座位での乗り移り(データ項目ver.2)

MDS方式・MDS-HC方式	データ項目ver.2	基本動作 座位での乗り移り			合計
		自分でやっている	自分でやっていない	無回答	
ADL自立度 移乗	0 自立: 手助け、準備、観察は不要、1~2回のみ	68 94%	3 4%	1 1%	72 100%
	1 準備のみ: 物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上	16 80%	4 20%	0 0%	20 100%
	2 観察: 見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)	22 76%	6 21%	1 3%	29 100%
	3 部分的な援助: 動作の大部分(50%以上)は自分でできる、四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上、それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)	8 38%	13 62%	0 0%	21 100%
	4 広範な援助: 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、以下の援助を3回以上、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)、ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助。	0 0%	10 100%	0 0%	10 100%
	5 最大の援助: 動作の一部(50%未満)しか自分でできず、以下の援助を3回以上、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)、ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助。	2 13%	13 87%	0 0%	15 100%
	6 全面依存: まる3日間すべての面で他者が全面援助した	1 3%	37 97%	0 0%	38 100%
	8 本動作は3日間の間に1回もなかった	0 0%	1 100%	0 0%	1 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

10

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (3) 基本動作

【基本動作・座位での乗り移り】

○居宅サービス計画ガイドライン方式において「移乗」が「介助されていない」場合、データ項目 ver.2で「自分で行っている」と回答した割合は97%、「見守り等」、「一部介助」の場合、それぞれ83%、51%であった。「全介助」の場合、「自分で行っていない」と回答した割合が94%であった。

○包括的自立支援プログラム方式において「移乗」が「自立」の場合、データ項目 ver.2で「自分で行っている」と回答した割合は89%、「見守り等」の場合、75%であった。「一部介助」、「全介助」の場合、「自分で行っていない」と回答した割合がそれぞれ78%、98%であった。

※利用者票 問2 (2) 基本動作 座位での乗り移りと居宅サービス計画ガイドライン方式、包括的自立支援プログラム方式の座位での乗り移りのクロス集計

図表 10 【利用者票】移乗(居宅サービス計画ガイドライン方式)
× 基本動作・座位での乗り移り(データ項目 ver.2)

居宅サービス 計画ガイドライン方式	データ項目 ver.2	基本動作 座位での乗り移り			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
移乗	1 介助されていない	153 97%	5 3%	0 0%	158 100%
	2 見守り等	52 83%	10 16%	1 2%	63 100%
	3 一部介助	20 51%	19 49%	0 0%	39 100%
	4 全介助	2 6%	34 94%	0 0%	36 100%

図表 11 【利用者票】移乗(包括的自立支援プログラム方式)
× 基本動作・座位での乗り移り(データ項目 ver.2)

包括的 自立支援プログラム方式	データ項目 ver.2	基本動作 座位での乗り移り			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
移乗	1 自立	48 89%	6 11%	0 0%	54 100%
	2 見守り等	46 75%	15 25%	0 0%	61 100%
	3 一部介助	27 22%	96 78%	0 0%	123 100%
	4 全介助	2 1%	195 98%	1 1%	198 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

11

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (3) 基本動作

【基本動作・座位での乗り移り】

○R4において基本動作が「レベル5」の場合、データ項目 ver.2の基本動作・座位での乗り移りを「自分で行っている」と回答した割合は92%であった。「レベル4」では82%であった。

○「レベル3」ではデータ項目 ver.2の基本動作・座位での乗り移りを「自分で行っていない」と回答した割合が79%であった。「レベル2」では79%、「レベル1」では100%であった。

※利用者票 問2 (2) 基本動作 座位での乗り移りとR4の基本動作のクロス集計

図表 12 【利用者票】基本動作(R4) × 基本動作・座位での乗り移り(データ項目 ver.2)

R4	データ項目 ver.2	基本動作 座位での乗り移り			合計
		自分で行っている	自分で行っていない	無回答	
基本動作	1 (レベル1) 寝返りは行っていない	0 0%	26 100%	0 0%	26 100%
	2 (レベル2) 座位の保持は行っていないが、寝返りは行っている	3 21%	11 79%	0 0%	14 100%
	3 (レベル3) 座位での乗り移りは行っていないが、座位の保持は行っている	7 21%	27 79%	0 0%	34 100%
	4 (レベル4) 立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている	53 82%	12 18%	0 0%	65 100%
	5 (レベル5) 両足での立位の保持を行っている	36 92%	2 5%	1 3%	39 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを橙色で表示している。

12

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (4)見当識

【見当識・自分の名前がわかりますか】

○居宅サービス計画ガイドライン方式において自分の名前を答えることが「できる」場合、データ項目ver.2の見当識「自分の名前がわかりますか」について「はい」と回答した割合は98%、「できない」場合も「はい」と回答した割合は63%であった。

○包括的自立支援プログラム方式において自分の名前を答えることが「できる」場合、データ項目ver.2で「はい」と回答した割合は98%であった。「できない」場合、「いいえ」と回答した割合は60%であった。

※利用者票 問2 (18)「見当識 自分の名前がわかりますか」と居宅サービス計画ガイドライン方式の「自分の名前を答える」、包括的自立支援プログラム方式の「自分の名前を答えることができる」のクロス集計

図表 13 【利用者票】自分の名前を答える(居宅サービス計画ガイドライン方式) × 見当識・自分の名前がわかりますか(データ項目ver.2)

居宅サービス 計画ガイドライン方式	データ項目 ver.2	見当識 自分の名前がわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
自分の名前を答える	1 できる	273 98%	4 1%	1 0%	2 1%	280 100%
	2 できない	10 63%	3 19%	3 19%	0 0%	16 100%

図表 14 【利用者票】自分の名前を答えることができる(包括的自立支援プログラム方式) × 見当識・自分の名前がわかりますか(データ項目ver.2)

包括的 自立支援プログラム方式	データ項目 ver.2	見当識 自分の名前がわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
自分の名前を答えることができる	1 できる	338 98%	6 2%	2 1%	0 0%	346 100%
	2 できない	23 26%	54 60%	13 14%	0 0%	90 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを青色で表示している。 ※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを青色で表示している。

13

(4). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査) (4)見当識

【見当識・自分の名前がわかりますか】

○R4において認知機能・オリエンテーション(見当識)が「レベル5」の場合、データ項目ver.2の見当識「自分の名前がわかりますか」について「はい」と回答した割合は98%であった。「レベル4」では100%、「レベル3」では100%、「レベル2」では79%であった。

○「レベル1」ではデータ項目ver.2の見当識「自分の名前がわかりますか」について「いいえ」と回答した割合が63%であった。

※利用者票 問2 (18)「見当識 自分の名前がわかりますか」とR4の認知機能・オリエンテーション(見当識)のクロス集計

図表 15 【利用者票】認知機能 オリエンテーション(R4) × 見当識・自分の名前がわかりますか(データ項目ver.2)

R4	データ項目 ver.2	見当識 自分の名前がわかりますか				合計
		はい	いいえ	不明	無回答	
認知機能・オリエンテーション・見当識	1 (レベル1) 自分の名前がわからない	1 13%	5 63%	2 25%	0 0%	8 100%
	2 (レベル2) その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる	23 79%	5 17%	1 3%	0 0%	29 100%
	3 (レベル3) 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる	31 100%	0 0%	0 0%	0 0%	31 100%
	4 (レベル4) 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	55 100%	0 0%	0 0%	0 0%	55 100%
	5 (レベル5) 年月日がわかる	53 98%	0 0%	0 0%	1 2%	54 100%

※アセスメント様式の各選択肢別に割合の高い上位1つを青色で表示している。

14

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

C. アセスメント様式等の互換性調査(訪問ヒアリング調査) (1) 調査方法

【目的】

データ項目ver.2の設問及び記載要領のブラッシュアップのため、アンケート様式等の互換性調査(利用者調査)から見出された論点に対するご意見や、互換性調査の結果、「自分でやっている」/「自分でやっていない」等の回答が分かれる具体的事例を収集する。

【対象】

B. アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査)で回答のあった施設・事業所のうち、居宅サービス計画ガイドライン方式、MDS・MDS-HC方式、包括的自立支援プログラム方式、R4方式を使用している施設・事業所を対象とした。

(介護老人保健施設:3施設、介護老人福祉施設:3施設、居宅介護支援事業所:2事業所)

NO	分類	使用しているアセスメント様式	都道府県	ヒアリング項目
1	介護老人保健施設	R4方式	千葉県	<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメント様式等の互換性調査(利用者調査)の回答のうち、各アセスメント様式の結果から想定されるデータ項目ver.2の回答に違いが見られた利用者の状態像 ● 各アセスメント様式の評価から、データ項目ver.2の回答で「自分でやっている」/「自分でやっていない」が概ね半々となった項目における利用者の状態像イメージ、評価が難しいと想定されるケース ● アセスメント情報の他施設・事業所との連携における課題
2	介護老人保健施設	R4方式	千葉県	
3	介護老人保健施設	包括的自立支援プログラム方式	群馬県	
4	介護老人福祉施設	包括的自立支援プログラム方式	千葉県	
5	介護老人福祉施設	包括的自立支援プログラム方式	愛知県	
6	介護老人福祉施設	MDS方式	静岡県	
7	居宅介護支援事業所	MDS方式	愛知県	
8	居宅介護支援事業所	居宅サービス計画ガイドライン方式	静岡県	

【調査時期】

平成29年12月下旬～平成30年1月中旬

15

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

C. アセスメント様式等の互換性調査(訪問ヒアリング調査) (2) 調査結果概要

○ヒアリング調査から以下の事例・意見等が得られた。

項目	事例・意見等
他施設・事業所等とのアセスメント情報の共有について	<ul style="list-style-type: none"> ● 他施設・事業所等からはアセスメント情報を殆ど受け取っていないケース、受け取っていても時点や環境の差異により状態が大きく異なるため、活用されなかったケース、自施設・事業所で作成して独自のフォーマットにアセスメント結果を記載しているケースと様々であった。 ● 施設・事業所間で情報を共有するための統一的なアセスメント情報に対する期待感が高かった。
データ項目ver.2において評価が分かれうるケースについて	<ul style="list-style-type: none"> ● 見守り支援や声かけの支援が必要な場合、施設・事業所によって判断が分かれがちであった。 ● 行為単独では可能だが、認知症や意欲がなくなってしまう、途中で出来なくなってしまうケースがあった。(例:食事摂取の途中で食べなくなるケース) ● 自分で行ってはいるが、実際には出来ていないケースがあった。(例:排泄を自身でしているが、尿とりパッドが汚染されているケース)
データ項目ver.2の評価全般に関するご意見について	<ul style="list-style-type: none"> ● 「自分でやっていない」と評価される項目が多く、他施設・事業所からの引継ぎの際に、全介助の印象を与える利用者が多くなる懸念がある。 ● 施設・事業所において必要な情報を踏まえた判断基準が求められている。 ● 認知機能の判断については、「日常的に出来るか」よりも「生活上支障があるか」の結果が求められている。 ● 認知機能の設問については明確な評価基準の設定等、再考の余地がある。 ● 「参加」や「身体症状(麻痺、拘縮等)」、「環境」面での項目が無い。

16

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

データ項目ver.2の見直し・修正

- 互換性調査結果および調査検討組織での議論を踏まえて、データ項目ver.2の設問・記載要領の修正を行った。
- データ項目ver.2において新規追加された項目についても、各様式の読み替えが可能となるよう記載要領を見直した。

【設問を修正した例】

NO	修正前	修正後
1	個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)	個人衛生(洗顔・整髪)
2	年月日がわかりますか	今日の年月日がわかりますか
3	相手が話していることを理解していますか。	簡単な指示を理解していますか。
4	長期記憶は保たれていますか。	過去の記憶の再生はできますか。

【記載要領を修正した例】

NO	設問	修正前	修正後(主な修正箇所を下線とした)
1	ADLの状況 更衣(上衣)	<ul style="list-style-type: none"> 「更衣(上衣)」とは、普段使用している上衣(普段着、下着)等の着脱のことを言います。 	<ul style="list-style-type: none"> 「更衣(上衣)」とは、普段使用している上衣(普段着、下着)等を着脱する一連の行為を言います。衣服の準備や衣服をたたむこと、整理することは含みません。 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 一連の行為の中で一部でも介助者が服を持って構える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
2	基本動作 座位での 乗り移り	<ul style="list-style-type: none"> 「座位での乗り移り」とは、車いすなどからベッドへの移動のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の面に移動することを言います。 介護者の介助がなくとも自力で座位の乗り移りができる場合、「自分で行っている」を選択してください。 認知症の方に対して、必要な行為の「確認」「指示」「声掛け」のみ行っている場合は「自分で行っている」を選択してください。 介護者が手を添える、体を支えるなどの介助が行われている場合、「自分で行っていない」を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> 「座位での乗り移り」とは、車いす等からベッドへの移動等、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の面に移動することを言います。 一連の動作の中で介護者の支援がなくとも自分で座位の乗り移りができる場合は「自分で行っている」を選んでください。 認知症等の方で、必要な動作の確認、指示、声かけのみでできる場合は「自分で行っている」を選んでください。 一連の動作の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。

17

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

データ項目ver.2の見直し・修正結果

- データ項目ver.2の見直し・修正結果として、記載要領への加筆等により、ADLや基本動作については判断が明確化され、各様式の読み替えが可能になったと考えられる。
- 一方、見当識、コミュニケーション、認知機能、周辺症状、歩行・移動の項目については、見直しを踏まえても判断が難しく、課題が残った。

【見直し・修正結果の例】

表内の記号について
 ◎ 完全一致
 ○ アセスメント様式には無いが、事業所が持つ情報
 △ 部分一致(紐付け可)
 × 部分一致(紐付け不可)
 - 該当項目なし
 / 該当しない

NO	データ項目	アセスメント様式	平成27年度 調査結果	互換性調査結果		見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目ver.2で 「自分で行っている」 と回答した割合	
1	ADLの状況 更衣(上衣)	MDS・MDS-HC方式	*	自立 準備のみ 観察 部分的な援助 広範な援助 最大の援助 全面依存	93% 86% 76% 32% 14% 5% 0%	記載要領に一部でも介助が行われている場合、「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
		居宅サービス計画 ガイドライン方式	*	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	94% 73% 38% 3%	記載要領に一部でも介助が行われている場合、「自分で行っていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
		包括的自立支援 プログラム方式	*	自立 見守り等 一部介助 全介助	75% 80% 16% 1%	互換性調査結果から、概ね読み替え可能と判断された。
		R4	*	衣服の整理を行っている ズボンやパンツの着脱は行っている ボタンのかけはずしは行っている 上衣の片袖を通すことは行っている 上衣の片袖を通すことを行っていない	96% 68% 58% 12% 6%	記載要領に、不十分であっても全ての動作を自分で行っている場合は「自分で行っている」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。

*本項目はデータ項目ver.2において追加された新規項目であり、平成27年度調査において未整理である。

18

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

データ項目ver.2の見直し・修正結果

○データ項目ver.2の見直し・修正結果として、記載要領への加筆等により、ADLや基本動作については判断が明確化され、各様式の読み替えが可能になったと考えられる。
 ○一方、見当識、コミュニケーション、認知機能、周辺症状、歩行・移動の項目については、見直しを踏まえても判断が難しく、課題が残った。

【見直し・修正結果の例】

表内の記号について
 ◎ 完全一致
 ○ アセスメント様式には無いが、事業所が持つ情報
 △ 部分一致(紐付け可)
 × 部分一致(紐付け不可)
 - 該当項目なし
 / 該当しない

NO	データ項目	アセスメント様式	平成27年度調査結果	互換性調査結果		見直し・修正の結果
				当該様式のアセスメント結果	データ項目ver.2で「自分でやっている」と回答した割合	
2	基本動作 座位での 乗り移り	MDS・MDS-HC方式	△	自立 準備のみ 観察 部分的な援助 広範な援助 最大の援助 全面依存	94% 80% 76% 38% 0% 13% 3%	記載要領に一部でも介助が行われている場合、「自分でやっていない」とすることを明記したことにより、読み替え可能になると考えられた。
		居宅サービス計画 ガイドライン方式	△	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	97% 83% 51% 6%	
		包括的自立支援 プログラム方式	△*	自立 見守り等 一部介助 全介助	89% 75% 22% 1%	互換性調査結果から、読み替え可能と判断された。
		R4	◎	立位の保持を行っている 座位での乗り移りは行っている 座位の保持は行っている 寝返りは行っている 寝返りを行っていない	92% 82% 21% 21% 0%	互換性調査結果から、読み替え可能と判断された。

*包括的自立支援プログラム方式のうち、データ項目ver.2と対応する項目については居宅サービス計画ガイドライン方式と同一の項目であるため、ここでは居宅サービス計画ガイドライン方式の整理結果に基づいて読み替えを行った。

19

(4) 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

データ項目ver.2の見直し・修正結果

○データ項目ver.2の見直し・修正を行い、データ項目ver.2.1を作成した。

図表16 データ項目ver.2.1

項目	選択肢	項目	選択肢
(1) ADLの状況	入浴	自分でやっている 自分でやっていない	■ 認知 (1) 過去3か月以内に尿漏れしましたか。 はい いいえ 不明 ■ 発熱 (2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。 はい いいえ 不明 ■ 痰咳 (3) 過去3か月以内に痰咳性肺炎を起こしましたか。 はい いいえ 不明 (4) (介護に付きかかれば) 嚥下機能の低下がありますか。 はい いいえ 不明 対象外 (※3) (5) (介護に付きかかれば) 排泄器使用状況がありますか。 はい いいえ 不明 対象外 (※3) ■ 脱水 (6) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。 はい いいえ 不明 ■ 褥瘡 (7) 過去3か月以内に褥瘡がありましたか。 はい いいえ 不明 ■ 認知機能 (8) 見当識 自分の名前がわかりますか。 はい いいえ 不明 その場にいる人が誰かわかりますか。 はい いいえ 不明 どこにいるかわかりますか。 はい いいえ 不明 今日の年月日がわかりますか。 はい いいえ 不明 簡単な指示を理解していますか。 はい いいえ 不明 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単な会話ができますか。 はい いいえ 不明 周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なコミュニケーションが取れますか。 はい いいえ 不明 (9) コミュニケーション 意欲障害がありましたか。 はい いいえ 不明 過去の記憶の再生はできますか。 はい いいえ 不明 簡単な計算はできますか。 はい いいえ 不明 時間管理はできますか。 はい いいえ 不明 (10) 認知機能 暴言・暴行はありますか。 はい いいえ 不明 昼夜逆転はありますか。 はい いいえ 不明 介護に対する拒絶はありますか。 はい いいえ 不明 不適切な場所での排泄はありますか。 はい いいえ 不明 ■ 移動 (12) 歩行・移動 屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へ)の移動をしていますか。 はい いいえ 不明 安定した歩行をおこなっていますか。 はい いいえ 不明 階段昇降をおこなっていますか。 はい いいえ 不明 施設や自宅から外出していますか。 はい いいえ 不明 公共交通機関を利用して外出していますか。 はい いいえ 不明 ※自家用車での移動含む。 移動用具の使用状況 重い歩行器 杖 その他 () 移動に器具は用いていない 不明
	排泄	排尿 自分でやっている 自分でやっていない 対象外 (※1) 排便 自分でやっている 自分でやっていない 対象外 (※2)	
	食事摂取	自分でやっている 自分でやっていない 対象外 (※3)	
	更衣	上衣 自分でやっている 自分でやっていない 下衣 自分でやっている 自分でやっていない	
	個人衛生(洗顔・整髪)	自分でやっている 自分でやっていない	
(2) 基本動作	寝返り	自分でやっている 自分でやっていない	
	座位での乗り移り	自分でやっている 自分でやっていない	
(3) 排泄の状況	尿失禁	あり なし 対象外 (※1)	
	便秘	あり なし 対象外 (※2)	
(4) 食事の状況	パルーンカテーテル等の使用	あり なし	
	食事の回数	() 回	
(5) 視力の状況	食事量の問題	問題あり 問題なし 問題ありの場合→ 過食・小食・その他 ()	
	服薬状況	問題あり 問題なし	
(6) 薬の状況	飲んでいる場合の薬の種類	薬を飲んでいる 薬を飲んでいない	
	飲んでいる場合の薬の種類	抗生物質 ステロイド剤 抗がん剤 向精神剤 降圧剤 鎮痛剤 睡眠薬 その他 () 不明	
(7) 歯の状況	義歯の有無	あり なし	
	歯磨きの実施状況	自分でやっている 自分でやっていない	
(8) 過去3か月間の入院の有無	あり なし		
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無	あり なし		
(10) 過去3か月間の骨折の有無	あり なし		

※1:パルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合
 ※2:人工肛門等の場合
 ※3:経管栄養・経静脈栄養等の場合

20