

# 《介護支援専門員調査票》

回答日：平成 23 年 月 日

**<回答方法について>**

- 選択肢が記載されている設問については、該当する選択肢の「□」に「レ」印を記入してご回答ください。
- 回答欄に下線がある(「\_\_\_\_年」等)設問については、下線の箇所に該当する数値を記入してご回答ください。なお、回答する数値がゼロの場合も「0」とご記入ください。
- 調査票は、「介護支援専門員調査票」と「個別ケース調査票」(3 件)から構成されています。最初にこの「介護支援専門員調査票」にご回答いただき、その後「個別ケース調査票」にご回答ください。

**【あなたの保有資格、働き方、業務内容などについてお伺いします】**

(1) 年代	<input type="checkbox"/> 1.20 代以下 <input type="checkbox"/> 2.30 代 <input type="checkbox"/> 3.40 代 <input type="checkbox"/> 4.50 代 <input type="checkbox"/> 5.60 代以上							
(2) 性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性							
(3) 介護支援専門員資格取得年	(西暦) _____年							
(4) 現在保有している資格 (あてはまるものをすべて選びレ印)								
<input type="checkbox"/> 1. 医師 <input type="checkbox"/> 2. 歯科医師 <input type="checkbox"/> 3. 薬剤師 <input type="checkbox"/> 4. 保健師 <input type="checkbox"/> 5. 看護師 <input type="checkbox"/> 6. 准看護師 <input type="checkbox"/> 7. 助産師 <input type="checkbox"/> 8. 理学療法士 <input type="checkbox"/> 9. 作業療法士 <input type="checkbox"/> 10. 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 11. 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 12. 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 13. 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 14. 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 15. 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 16. 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 17. あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 18. はり師 <input type="checkbox"/> 19. きゅう師 <input type="checkbox"/> 20. 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 21. 栄養士(管理栄養士を含む) <input type="checkbox"/> 22. 訪問介護員 2 級 <input type="checkbox"/> 23. 訪問介護員 1 級 <input type="checkbox"/> 24. 介護職員基礎研修了 <input type="checkbox"/> 25. 主任介護支援専門員								
(5) 介護支援専門員としての業務経験年数	_____年							
(6) 現在の事業所での勤続年数	_____年							
(7) 勤務形態、雇用形態 (最も近いものひとつだけ)	<input type="checkbox"/> 1.専任・常勤 <input type="checkbox"/> 2.専任・非常勤 <input type="checkbox"/> 3.兼任・常勤 <input type="checkbox"/> 4.兼任・非常勤							
(8) 担当利用者数の内訳 (平成 22 年 12 月)								
① 要支援 1	② 要支援 2	③ 要介護 1	④ 要介護 2	⑤ 要介護 3	⑥ 要介護 4	⑦ 要介護 5	⑧ その他	⑨ 合計
_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人
(9) 平成 22 年 1 月～12 月の 1 年間に次の事例を担当した件数								
① 認知症による BPSD(行動心理症状)	② 利用拒否	③ 虐待 (疑いのあるケースを含む)			④ 権利擁護、 成年後見		⑤ 生活保護	
_____ 件	_____ 件	_____ 件			_____ 件		_____ 件	
(10) 平成 22 年 1 月～12 月の 1 年間の平均的な 1 週間当たりの勤務時間 (最も近いものをひとつ選びレ印)								
<input type="checkbox"/> 1.週 5 時間未満 <input type="checkbox"/> 2.週 5 時間以上 10 時間未満 <input type="checkbox"/> 3.週 10 時間以上 20 時間未満 <input type="checkbox"/> 4.週 20 時間以上 40 時間未満 <input type="checkbox"/> 5.週 40 時間以上 60 時間未満 <input type="checkbox"/> 6.週 60 時間以上								
(11) 普段の業務において割いている時間数が最も多い業務内容						←下表から最も近いものを 3 つまで選び番号を記入		
1. 情報収集、アセスメント                                    2. ケアプラン作成                                    3. サービス担当者会議の開催 4. サービス提供事業者への連絡・調整                                    5. モニタリング、ケアプランの見直し                                    6. 給付管理 7. 利用者に対する相談援助                                    8. 他の専門職への相談・連絡                                    9. 事業所内の事務処理 10. その他 (具体的な業務内容をお書きください _____ )								

**【普段のケアマネジメントの取り組みについてお伺いします】**

(12) 普段、ケアマネジメントに取り組む上で重視している点				←下表から最も近いものを 3つまで選び番号を記入
1. 本人の意向	2. 家族の意向	3. ADL、IADL の把握	4. 自己実現意欲の回復	
5. ADL、IADL の改善、重度化防止・遅延化	6. 主治医意見書	7. 直近の介護認定調査結果		
8. 利用者の負担額	9. 支給限度基準額	10. 地域におけるサービス提供可能量		
11. 事業所の方針	12. その他 (具体的な業務内容をお書きください _____ )			

**(13) ケアプランの作成、モニタリングの際に相談できる相手 (それぞれあてはまるものをすべて選びレ印)**

① 自事業所内	② 他の介護保険サービス事業所	③ 地域包括支援センター <small>※居宅介護支援事業所のみ</small>	④ 診療所・病院、薬局	⑤ 行政、保健所 福祉事務所	⑥ インフォーマルサービス事業所
<input type="checkbox"/> 1.管理者 <input type="checkbox"/> 2.主任 <input type="checkbox"/> 3.介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 4.介護福祉士 <input type="checkbox"/> 5.先輩の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 6.同僚の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 7.その他職員 <input type="checkbox"/> 8.いない	<input type="checkbox"/> 1.介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 2.看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 3.社会福祉士 <input type="checkbox"/> 4.介護福祉士 <input type="checkbox"/> 5.その他の介護職員 <input type="checkbox"/> 6.理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 7.福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> 8.その他職員 <input type="checkbox"/> 9.いない	<input type="checkbox"/> 1.主任 <input type="checkbox"/> 2.介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 3.保健師 <input type="checkbox"/> 4.社会福祉士 <input type="checkbox"/> 5.その他職員 <input type="checkbox"/> 6.いない	<input type="checkbox"/> 1.在宅療養支援診療所・病院の医師 <input type="checkbox"/> 2.その他の診療所・病院の医師、歯科医師 <input type="checkbox"/> 3.看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 4.薬剤師 <input type="checkbox"/> 5.理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 6.管理栄養士 <input type="checkbox"/> 7.歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 8.医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 9.その他職員 <input type="checkbox"/> 10.いない	<input type="checkbox"/> 1.専門職(保健師) <input type="checkbox"/> 2.専門職(社会福祉士) <input type="checkbox"/> 3.専門職(介護福祉士) <input type="checkbox"/> 4.行政職(事務) <input type="checkbox"/> 5.民生委員 <input type="checkbox"/> 6.その他職員 <input type="checkbox"/> 7.いない	<input type="checkbox"/> 1.介護関連資格保有者(介護支援専門員、介護福祉士、訪問介護員等) <input type="checkbox"/> 2.その他職員 <input type="checkbox"/> 3.いない

**(14) 地域にある介護保険サービス(在宅サービスに限る)の量に対する評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)**

<input type="checkbox"/> 1. 総じて利用者ニーズに大きく不足する規模だと思う <input type="checkbox"/> 2. 総じて利用者ニーズに不足する規模だと思う <input type="checkbox"/> 3. 総じて利用者ニーズを概ね充足できる規模だと思う <input type="checkbox"/> 4. 総じて利用者ニーズを充分充足できる規模だと思う	<b>(15) 【設問(14)で「大きく不足」、「不足」を回答した方】</b> <b>不足だと感じるサービスの種類 (あてはまるものをすべて選びレ印)</b> <input type="checkbox"/> 1. 訪問介護 <input type="checkbox"/> 2. 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 3. 訪問看護 <input type="checkbox"/> 4. 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 5. 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 6. 通所介護 <input type="checkbox"/> 7. 療養通所介護 <input type="checkbox"/> 8. 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 9. 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 10. 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 11. 福祉用具貸与・販売 <input type="checkbox"/> 12. 住宅改修 <input type="checkbox"/> 13. 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 14. 認知症対応型通所介護 <small>※療養通所介護、夜間対応型訪問介護を除き、いずれも予防給付を含む</small>
---	--

**(16) 地域にあるインフォーマルサービスの量に対する評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)**

<input type="checkbox"/> 1. 総じて利用者ニーズに大きく不足する規模だと思う <input type="checkbox"/> 2. 総じて利用者ニーズに不足する規模だと思う <input type="checkbox"/> 3. 総じて利用者ニーズを概ね充足できる規模だと思う <input type="checkbox"/> 4. 総じて利用者ニーズを充分充足できる規模だと思う	<b>(17) 【設問(16)で「大きく不足」、「不足」を回答した方】</b> <b>不足だと感じるサービスの種類 (あてはまるものをすべて選びレ印)</b> <input type="checkbox"/> 1. 家事援助サービス <input type="checkbox"/> 2. 移送サービス <input type="checkbox"/> 3. 配食関連サービス <input type="checkbox"/> 4. いきいきサロン等 <input type="checkbox"/> 5. 認知症高齢者に対する事業(見守り) <input type="checkbox"/> 6. 認知症高齢者に対する事業(話し相手) <input type="checkbox"/> 7. 認知症高齢者に対する事業(付き添い) <input type="checkbox"/> 8. 認知症高齢者に対する事業(その他) <input type="checkbox"/> 9. その他 (具体的なサービス種別をご回答ください _____ )
---	---

**【介護支援専門員に求められる能力等の評価についてお伺いします】**

**(18) 一般的に介護支援専門員にとって重要だと思う能力等 (重要と思われる順にひとつずつ選び回答欄に番号を記入)**

	(回答欄)	1. 相談援助能力	2. 情報収集能力	3. アセスメント能力
① 最も重要		4. コーディネート能力	5. 合意形成能力	6. 介護技術に関する知識
② 2番目に重要		7. 疾病に関する知識	8. リハビリ、運動機能向上に関する知識	
③ 3番目に重要		9. 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	10. 介護関連制度に関する知識	
		11. 給付管理に関する事務能力	12. 福祉用具に関する知識	13. インフォーマルな社会資源に関する知識
		14. ADL、IADL の改善及び重度化防止・遅延化の思考過程		

**(19) 介護支援専門員としての資質の自己評価 (それぞれひとつずつ最も近いものを選びレ印)**

① 相談援助能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
② 情報収集能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
③ アセスメント能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
④ コーディネート能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑤ 合意形成能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑥ 介護技術に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑦ 疾病に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑧ リハビリ、運動機能向上に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑨ 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑩ 介護関連制度に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑪ 給付管理に関する事務能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑫ 福祉用具に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑬ インフォーマルな社会資源に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑭ ADL、IADL の改善及び重度化防止・遅延化の思考過程	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い	<input type="checkbox"/> 2. 総じて高い	<input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない	<input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない

**【介護支援専門員としての資質向上に向けた取り組みについてお伺いします】**

(20) 初任者研修としての介護支援専門員実務研修の内容の評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 適当だった	<input type="checkbox"/> 2. どちらかといえば適当だった <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえば不適当だった <input type="checkbox"/> 4. 不適当だった
(21) 初めて勤務した居宅介護支援事業所における初任者研修の内容の評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 適当だった	<input type="checkbox"/> 2. どちらかといえば適当だった <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえば不適当だった <input type="checkbox"/> 4. 不適当だった
(22) 現任研修の内容の評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 適当だった	<input type="checkbox"/> 2. どちらかといえば適当だった <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえば不適当だった <input type="checkbox"/> 4. 不適当だった
(23) 事業所内での勉強会などへの参加状況 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 週に1回以上	<input type="checkbox"/> 2. 月に2~3回程度 <input type="checkbox"/> 3. 月に1回程度 <input type="checkbox"/> 4. 2~3ヶ月に1回程度 <input type="checkbox"/> 5. 半年に1回程度 <input type="checkbox"/> 6. 1年に1回未満 <input type="checkbox"/> 7. 行っていない
(24) 外部で行われる法定外研修への参加状況 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 積極的に参加している	<input type="checkbox"/> 2. ときどき参加している <input type="checkbox"/> 3. 全く参加していない
(25) 外部で行われる法定外研修への参加に関する考え方 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 事業所が参加を促すべき	<input type="checkbox"/> 2. どちらかといえば事業所が参加を促すべき <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえば個人の意向で取り組むべき <input type="checkbox"/> 4. 個人の意向で取り組むべき
(26) 社内外の研修以外の自己啓発の取り組み (あてはまるものをすべて選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 書籍・雑誌の購入・購読	<input type="checkbox"/> 2. セミナー、研修会等への自費による参加 <input type="checkbox"/> 3. 各種の団体・協会、学会等への参加 <input type="checkbox"/> 4. 他事業所に勤める介護支援専門員との交流

**【普段の業務に取り組む上での課題等についてお伺いします】**

(27) ケアマネジメントを実践する上での課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. アセスメントに必要な情報が十分に集まらない	<input type="checkbox"/> 2. 提供可能なサービス量が少ない
<input type="checkbox"/> 3. 支給限度基準額が低い	<input type="checkbox"/> 4. 利用者訪問をする時間が取れない
<input type="checkbox"/> 5. 担当しているプラン数が多過ぎる	<input type="checkbox"/> 6. ADL、IADLの改善及び重度化防止・遅延化の思考過程をつかめない
<input type="checkbox"/> 7. その他 (具体的に_____)	
(28) あなたの担当ケースに関連して開催するサービス担当者会議の開催状況 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 週1回程度	<input type="checkbox"/> 2. 月に2~3回程度 <input type="checkbox"/> 3. 月に1回程度 <input type="checkbox"/> 4. 3ヶ月に1回程度 <input type="checkbox"/> 5. 半年に1回程度 <input type="checkbox"/> 6. 年に1回程度 <input type="checkbox"/> 7. ほとんど開催しない(できない)
(29) 医療との連携における課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 自分が持つ医療・リハビリに関する知識に自信がない	<input type="checkbox"/> 2. 病院・診療所を訪問することにためらいがある
<input type="checkbox"/> 3. 医師の協力が得られない	<input type="checkbox"/> 4. 看護師、准看護師の協力が得られない
<input type="checkbox"/> 5. 理学療法士、作業療法士の協力が得られない	<input type="checkbox"/> 6. 近くに在宅療養支援病院・診療所が無い
<input type="checkbox"/> 7. その他 (具体的に_____)	
(30) さまざまな関係者の合意形成における課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 本人と家族の意見が一致しない	<input type="checkbox"/> 2. サービス利用の権利意識が強く理解が得にくい
<input type="checkbox"/> 3. 自立支援の取り組みに対する理解が得にくい	<input type="checkbox"/> 4. 自事業所・法人の方針と自分の考えが合わない
<input type="checkbox"/> 5. サービス提供事業者の考えと自分の考えが合わない	<input type="checkbox"/> 6. その他 (具体的に_____)
(31) 合意形成に課題があった場合の普段の対応策 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 自分の考えよりも本人の意見に合わせて折り合いをつける	<input type="checkbox"/> 2. 自分の考えよりも家族の意見に合わせて折り合いをつける
<input type="checkbox"/> 3. 指導・説得により理解してもらう	<input type="checkbox"/> 4. サービス担当者会議を開催して調整する
<input type="checkbox"/> 5. 医師を通して調整する	<input type="checkbox"/> 6. 地域包括支援センターを通して調整する
<input type="checkbox"/> 7. 事業所内の他の介護支援専門員に担当を替わる	<input type="checkbox"/> 8. その他 (具体的に_____)
(32) 介護支援専門員としての資質向上に取り組む上での課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. 法律・制度を理解するのが難しい	<input type="checkbox"/> 2. 疾病・リハビリテーションの知識の理解が難しい
<input type="checkbox"/> 3. 介護技術や相談援助技術を高める機会が少ない	<input type="checkbox"/> 4. 適切な教材・研修の選定が難しい
<input type="checkbox"/> 5. 近傍で研修が開催されていない	<input type="checkbox"/> 6. 指導役がいない
<input type="checkbox"/> 7. 研修参加費補助等の資金支援がない	<input type="checkbox"/> 8. 時間がない
<input type="checkbox"/> 9. その他 (具体的に_____)	

あなたについての設問は以上です。ご回答ありがとうございました。

引き続き、あなたが担当しているケース(3件)について

「個別ケース調査票」へのご回答にご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

※回答するケースの抽出方法は次頁に記載しています。

## 《個別ケース調査票 ケース抽出の手順》

回答日:平成 23 年 月 日

### <回答方法について>

- 選択肢が記載されている設問については、該当する選択肢の「□」に「レ」印を記入してご回答ください。
- 回答欄に下線がある(「\_\_\_\_回」等)設問については、下線の箇所該当する数値を記入してご回答ください。なお、回答する数値がゼロの場合も「0」とご記入ください。
- 「個別ケース調査票」は同じ様式が 3 部綴じ込まれています。下記の抽出手順に沿って抽出した 3 件のケースについて、1 ケース当たり 1 枚の調査票を用いてご回答ください。
- **回答した 3 件のケースについて、ケアプランの写し(第 1～3 表)を添付してください。なお、大変お手数ですが、ご利用者の個人情報に関する部分(氏名、住所等)は墨塗りしてください。**

### 【個別ケースの抽出手順】

※まず、以下の手順により、あなたをご担当されているケースを 3 件抽出し、その内容について「個別ケース調査票」にご回答ください。

#### 【抽出手順】

手順① 平成 22 年 12 月に居宅介護支援の利用があった方のうち、**新規を除く利用者数**をご確認ください

a) 3 件以下の場合

→抽出の必要はありませんので、全ケースについてご回答ください

b) 3 件超の場合

→手順②に進んでください

手順② ご利用者の**介護保険被保険者番号(10 桁)の下 2 桁**を確認し、**小さい方から 3 名**を抽出してください

# 《個別ケース調査票(1ケース目)》

回答日:平成 23 年 月 日

## 【利用者の基本属性等】

(1) 年齢	_____ 歳
(2) 性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女
(3) 同居・独居 (ひとつだけ)	<input type="checkbox"/> 1.同居者あり <input type="checkbox"/> 2.同居者なし(ひとり暮らし)
(4) 家族等介護者の有無 (最も近いものひとつずつ)	
① 同居の配偶者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
② 同居の子	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
③ 同居の子の配偶者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
④ その他の同居者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
⑤ 別居の親族	<input type="checkbox"/> 1.介護可能な人あり <input type="checkbox"/> 2.いない・不明
⑥ 別居の知人等	<input type="checkbox"/> 1.介護可能な人あり <input type="checkbox"/> 2.いない・不明
(5) 居住状況 (あてはまるものひとつだけ)	
① 屋内移動	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
② 入浴介助環境	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
③ 外出環境	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
(6) 所得階層 (あてはまるものひとつだけ)	
	<input type="checkbox"/> 1.第1 <input type="checkbox"/> 2.第2 <input type="checkbox"/> 3.第3 <input type="checkbox"/> 4.第4 <input type="checkbox"/> 5.第5、6 段階 段階 段階 段階 段階
(7) 併用サービス (最も近いものひとつずつ)	
① 障害者自立支援法サービスの併用	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
② 自費でのサービスの併用	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし

## 【要介護度、ADL、IADL 等】

(8) 要介護度	<input type="checkbox"/> 1.要支援1 <input type="checkbox"/> 2.要支援2 <input type="checkbox"/> 3.要介護1 <input type="checkbox"/> 4.要介護2 <input type="checkbox"/> 5.要介護3 <input type="checkbox"/> 6.要介護4 <input type="checkbox"/> 7.要介護5 <input type="checkbox"/> 8.その他				
(9) 要介護認定等基準時間					
①食事	②排泄	③移動	④清潔保持	⑤関節	
_____分	_____分	_____分	_____分	_____分	
⑥BPSD関連	⑦機能訓練	⑧医療関連	⑨認知症加算		
_____分	_____分	_____分	_____分		
(10) 中間評価項目得点					
①第1群	②第2群	③第3群	④第4群	⑤第5群	
_____	_____	_____	_____	_____	
(11) 前回認定結果と比較した要介護度 (ひとつだけ)	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.同程度 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明				
(12) 認知症の程度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
(13) 障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C				
(14) 主たる原因疾患等(2つまで)					←下から選び 記号を記入
イ. 脳卒中    ロ. 心臓病    ハ. がん    ニ. 呼吸器の病気 ホ. 関節の病気    ヘ. 糖尿病    ト. 認知症    チ. パーキンソン病 リ. 骨折・転倒    ス. 脊髄損傷    ル. 視覚・聴覚障害 ヲ. 言語障害    ヲ. 高齢による衰弱    カ. その他    コ. 不明					
(15) 麻痺、拘縮 (それぞれあてはまるものひとつだけ)					
①麻痺	<input type="checkbox"/> 1.なし <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				
②拘縮	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.肩関節 <input type="checkbox"/> 3.股関節 <input type="checkbox"/> 4.膝関節 <input type="checkbox"/> 5.その他				
(16) 配慮が必要な服薬等 (あてはまるものすべて)	<input type="checkbox"/> 1.自己注射 <input type="checkbox"/> 2.麻薬等鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 3.睡眠導入薬 <input type="checkbox"/> 4.向精神薬 <input type="checkbox"/> 5.その他の薬 <input type="checkbox"/> 6.服薬なし				

(17) ケアプラン作成時点で認められた心身の状態 (あてはまるものすべて)	<input type="checkbox"/> 1.脱水症状 <input type="checkbox"/> 2.発熱の継続 <input type="checkbox"/> 3.急性期対応直後 <input type="checkbox"/> 4.退院して1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 5.肺炎・誤嚥性肺炎の入院歴 <input type="checkbox"/> 6.脳血管疾患の再発歴 <input type="checkbox"/> 7.治療を要する高脂血症 <input type="checkbox"/> 8.治療を要する高血圧症 <input type="checkbox"/> 9.不整脈 <input type="checkbox"/> 10.嚥下困難 <input type="checkbox"/> 11.食事量の低下(3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 12.ADLの急激な低下(3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 13.廃用性症候群の可能性 <input type="checkbox"/> 14.指示通りの薬の服用が出来ない <input type="checkbox"/> 15.ターミナル期(余命6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 16.認知症によるBPSD(行動・心理症状) (具体的に _____ )	
(18) ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア (あてはまるものすべて)	<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、人工膀胱)の処置 <input type="checkbox"/> 5.酸素療法 <input type="checkbox"/> 6.レスピレーター(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 <input type="checkbox"/> 10.モニター測定(血圧、心拍 SPO2) <input type="checkbox"/> 11.褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 13.がんの外来化学療法 <input type="checkbox"/> 14.インスリン注射 <input type="checkbox"/> 15.喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 16.排便コントロール(排便等)	
(19) 介護認定審査会として付する主治医意見書等で指定されているサービス (あてはまるものすべて)	<input type="checkbox"/> 1.訪問看護 <input type="checkbox"/> 2.訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 3.通所リハビリ <input type="checkbox"/> 4.居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 5.その他(_____)	
(20) ADL (それぞれひとつだけ選び印)		
① 室内移動	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	↑ 一部介助だが改善可能性高い ロ:自立だが少し難しい イ:自立かつ楽にできる
② 屋外移動	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
③ 食事	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
④ 入浴	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑤ 着脱衣	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑥ 排泄	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
(21) IADL (それぞれひとつずつ選び印)		
① 掃除	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	↑ 全介助で改善可能性が高い ホ:全介助だが改善可能性高い ニ:一部介助で改善可能性低い
② 洗濯	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
③ 買物	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
④ 調理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑤ 整理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑥ ごみ出し	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑦ 通院	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑧ 服薬	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑨ 金銭管理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑩ 電話・PC	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑪ 社会参加	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	

## 【ケアマネジメントの状況】

(22) インテークの状況 (最も近いものひとつだけ)	<input type="checkbox"/> 1.認定当初から担当 <input type="checkbox"/> 2.事業所内の別担当者から引継ぎ <input type="checkbox"/> 3.他の居宅介護支援事業所から引継ぎ <input type="checkbox"/> 4.病院から引継ぎ <input type="checkbox"/> 5.介護老人福祉施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 6.介護老人保健施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 7.介護療養型医療施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 8.共同生活介護から引継ぎ <input type="checkbox"/> 9.小規模多機能型居宅介護から引継ぎ	
(23) 担当期間	<input type="checkbox"/> 1.2年以上 <input type="checkbox"/> 2.1年～2年未満 <input type="checkbox"/> 3.半年～1年未満 <input type="checkbox"/> 4.半年未満	
(24) 使用したアセスメントツール	⋮	←別紙コード表より記入
(25) 直近の認定更新時のサービス担当者会議への参加		
① 医師	<input type="checkbox"/> 1.出席 <input type="checkbox"/> 2.欠席 <input type="checkbox"/> 3.わからない	
② 家族	<input type="checkbox"/> 1.出席 <input type="checkbox"/> 2.欠席 <input type="checkbox"/> 3.わからない <input type="checkbox"/> 4.いない	

裏面へお進みください



(26) 過去1年間のモニタリング実施状況(平成22年1~12月)			
① 訪問	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ	イ:月2回以上 ロ:月1回程度 ハ:年数回 ニ:年1回 ホ:なし	
② 電話等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
③ 担当者会議等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
④ 包括との会議等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
(27) 当ケースの難易度の自己評価			
<input type="checkbox"/> 1.困難ケース <input type="checkbox"/> 2.標準的ケース <input type="checkbox"/> 3.容易なケース			
(28) 当ケースのケアマネジメントについての自己評価			
<input type="checkbox"/> 1.非常に順調 <input type="checkbox"/> 2.ほぼ順調 <input type="checkbox"/> 3.普通 <input type="checkbox"/> 4.やや難航 <input type="checkbox"/> 5.非常に難航			

(29) 当該プラン作成時に重視した点(3つまで)			←下から 選び記号 を記入
イ. 本人の意向 ロ. 家族の意向 ハ. ADL, IADL の把握 ニ. 自己実現意欲の回復 ホ. ADL, IADL の改善、 重度化防止・遅延化 ヘ. 主治医意見書	ト. 直近の介護認定調査結果 チ. 利用者の負担額 リ. 支給限度基準額 ヌ. 地域におけるサービス 提供可能量 ル. 事業所の方針 ヲ. その他( )		
(30) プラン見直し	<input type="checkbox"/> 1.年3回以上	<input type="checkbox"/> 2.年2回	<input type="checkbox"/> 3.年1回 <input type="checkbox"/> 4.なし

【サービスの利用実績と妥当性】

(31) 平成22年12月介護保険サービス利用実績と妥当性 (それぞれあてはまるものひとつだけ)			
※注 ④~⑨、⑪~⑬、⑯は予防給付を含む		(31a) 利用実績	(31b) この利用者にとってのサービス量の妥当性
① 訪問介護 [身体] ※全体として		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	①a. 排泄介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①b. 食事介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①c. 入浴介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①d. 移動・外出介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①e. 見守り	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
② 訪問介護 [生活] ※全体として		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	②a. 掃除	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	②b. 洗濯	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	②c. 調理・配膳等	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
③ 予防訪問介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	③a. 身体関連の介護	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③b. 掃除	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③c. 洗濯	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③d. 調理・配膳・買い物等	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
④ 訪問入浴介護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑤ 訪問看護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑥ 訪問リハビリテーション *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑦ 居宅療養管理指導 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑧ 通所介護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑧a. 通所介護の目的 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 機能向上 <input type="checkbox"/> 2. 入浴 <input type="checkbox"/> 3. 食事 <input type="checkbox"/> 4. 健康チェック <input type="checkbox"/> 5. 社会参加 <input type="checkbox"/> 6. 介護負担の軽減	
⑧b. 予防通所介護の内容 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 運動機能向上 <input type="checkbox"/> 2. 栄養改善 <input type="checkbox"/> 3. 口腔機能向上	
⑨ 通所リハビリテーション*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑨a. 通所リハビリの目的 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 医学的管理 <input type="checkbox"/> 2. 心身機能の維持・改善 <input type="checkbox"/> 3. 社会参加 <input type="checkbox"/> 4. 介護負担の軽減	
⑨b. 予防通所リハビリテーションの内容 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 2. 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 3. リハビリ手技 <input type="checkbox"/> 4. 言語・聴覚療法 <input type="checkbox"/> 5. 物理療法(温熱・低周波等) <input type="checkbox"/> 6. 補装具・福祉用具の調整 <input type="checkbox"/> 7. 口腔ケア	
⑨c. リハビリテーションを提供している職種 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 理学療法士 <input type="checkbox"/> 2. 作業療法士 <input type="checkbox"/> 3. 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 4. 看護職員 <input type="checkbox"/> 5. 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 6. あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 7. その他 (具体的に )	
⑩ 療養通所介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑪ 短期入所生活介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑫ 短期入所療養介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑬ 福祉用具貸与・販売*		<input type="checkbox"/> 1. あり ( __ 品目) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑭ 住宅改修		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑮ 夜間対応型訪問介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑯ 認知対応型通所介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)

(32) 介護保険利用月額(利用者負担込み) \_\_\_\_\_ 円

(33) 平成22年12月医療保険サービス利用実績			
① 通院	② 訪問診療	③ (医療)訪問看護	④ 入院
<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし

(34) 平成22年12月介護保険外サービス利用実績と妥当性			
	(34a) 利用実績	(34b) この利用者にとってのサービス量の妥当性	
① 家事援助サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
② 移送サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
③ 配食関連サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
④ いきいきサロン等	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
⑤ オムツ支給・補助	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
⑥ 認知症高齢者に対する事業	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
利用実績ありの場合その内容(当てはまるもの全て)	<input type="checkbox"/> 1. 見守り <input type="checkbox"/> 2. 話し相手 <input type="checkbox"/> 3. 付き添い <input type="checkbox"/> 4. その他		

《個別ケース票(1ケース目)ここまで》

# 《個別ケース調査票(2ケース目)》

回答日:平成 23 年 月 日

## 【利用者の基本属性等】

(1) 年齢	_____ 歳
(2) 性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女
(3) 同居・独居 (ひとつだけ)	<input type="checkbox"/> 1.同居者あり <input type="checkbox"/> 2.同居者なし(ひとり暮らし)
(4) 家族等介護者の有無 (最も近いものひとつずつ)	
① 同居の配偶者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
② 同居の子	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
③ 同居の子の配偶者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
④ その他の同居者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
⑤ 別居の親族	<input type="checkbox"/> 1.介護可能な人あり <input type="checkbox"/> 2.いない・不明
⑥ 別居の知人等	<input type="checkbox"/> 1.介護可能な人あり <input type="checkbox"/> 2.いない・不明
(5) 居住状況 (あてはまるものひとつだけ)	
① 屋内移動	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
② 入浴介助環境	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
③ 外出環境	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
(6) 所得階層 (あてはまるものひとつだけ)	
	<input type="checkbox"/> 1.第1 <input type="checkbox"/> 2.第2 <input type="checkbox"/> 3.第3 <input type="checkbox"/> 4.第4 <input type="checkbox"/> 5.第5、6 段階 段階 段階 段階 段階
(7) 併用サービス (最も近いものひとつずつ)	
① 障害者自立支援法サービスの併用	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
② 自費でのサービスの併用	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし

## 【要介護度、ADL、IADL 等】

(8) 要介護度				
<input type="checkbox"/> 1.要支援1 <input type="checkbox"/> 2.要支援2 <input type="checkbox"/> 3.要介護1 <input type="checkbox"/> 4.要介護2 <input type="checkbox"/> 5.要介護3 <input type="checkbox"/> 6.要介護4 <input type="checkbox"/> 7.要介護5 <input type="checkbox"/> 8.その他				
(9) 要介護認定等基準時間				
①食事	②排泄	③移動	④清潔保持	⑤関節
_____分	_____分	_____分	_____分	_____分
⑥BPSD関連	⑦機能訓練	⑧医療関連	⑨認知症加算	
_____分	_____分	_____分	_____分	
(10) 中間評価項目得点				
①第1群	②第2群	③第3群	④第4群	⑤第5群
_____	_____	_____	_____	_____
(11) 前回認定結果と比較した要介護度 (ひとつだけ)				
<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.同程度 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明				
(12) 認知症の程度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
(13) 障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C				
(14) 主たる原因疾患等(2つまで)				←下から選び 記号を記入
イ. 脳卒中    ロ. 心臓病    ハ. がん    ニ. 呼吸器の病気 ホ. 関節の病気    ヘ. 糖尿病    ト. 認知症    チ. パーキンソン病 リ. 骨折・転倒    ス. 脊髄損傷    ル. 視覚・聴覚障害 ヲ. 言語障害    ヲ. 高齢による衰弱    カ. その他    コ. 不明				
(15) 麻痺、拘縮 (それぞれあてはまるものひとつだけ)				
①麻痺	<input type="checkbox"/> 1.なし <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			
②拘縮	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.肩関節 <input type="checkbox"/> 3.股関節 <input type="checkbox"/> 4.膝関節 <input type="checkbox"/> 5.その他			
(16) 配慮が必要な服薬等 (あてはまるものすべて)				
<input type="checkbox"/> 1.自己注射 <input type="checkbox"/> 2.麻薬等鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 3.睡眠導入薬 <input type="checkbox"/> 4.向精神薬 <input type="checkbox"/> 5.その他の薬 <input type="checkbox"/> 6.服薬なし				

(17) ケアプラン作成時点で認められた心身の状態 (あてはまるものすべて)	
<input type="checkbox"/> 1.脱水症状 <input type="checkbox"/> 2.発熱の継続 <input type="checkbox"/> 3.急性期対応直後 <input type="checkbox"/> 4.退院して1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 5.肺炎・誤嚥性肺炎の入院歴 <input type="checkbox"/> 6.脳血管疾患の再発歴 <input type="checkbox"/> 7.治療を要する高脂血症 <input type="checkbox"/> 8.治療を要する高血圧症 <input type="checkbox"/> 9.不整脈 <input type="checkbox"/> 10.嚥下困難 <input type="checkbox"/> 11.食事量の低下(3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 12.ADLの急激な低下(3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 13.廃用性症候群の可能性 <input type="checkbox"/> 14.指示通りの薬の服用が出来ない <input type="checkbox"/> 15.ターミナル期(余命6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 16.認知症によるBPSD(行動・心理症状) (具体的に _____ )	
(18) ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア (あてはまるものすべて)	
<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、人工膀胱)の処置 <input type="checkbox"/> 5.酸素療法 <input type="checkbox"/> 6.レスピレーター(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 <input type="checkbox"/> 10.モニター測定(血圧、心拍 SPO2) <input type="checkbox"/> 11.褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 13.がんの外来化学療法 <input type="checkbox"/> 14.インスリン注射 <input type="checkbox"/> 15.喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 16.排便コントロール(排便等)	
(19) 介護認定審査会として付する主治医意見書等で 指定されているサービス (あてはまるものすべて)	
<input type="checkbox"/> 1.訪問看護 <input type="checkbox"/> 2.訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 3.通所リハビリ <input type="checkbox"/> 4.居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 5.その他(_____)	
(20) ADL (それぞれひとつだけ選び印)	
① 室内移動	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
② 屋外移動	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
③ 食事	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
④ 入浴	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑤ 着脱衣	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑥ 排泄	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
(21) IADL (それぞれひとつずつ選び印)	
① 掃除	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
② 洗濯	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
③ 買物	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
④ 調理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑤ 整理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑥ ごみ出し	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑦ 通院	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑧ 服薬	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑨ 金銭管理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑩ 電話・PC	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ
⑪ 社会参加	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ

△一部介助だが改善可能性高い  
□自立だが少し難しい  
▽自立かつ楽にできる

△全介助で改善可能性が低い  
□全介助だが改善可能性が高い  
▽一部介助で改善可能性低い

## 【ケアマネジメントの状況】

(22) インテークの状況 (最も近いものひとつだけ)	
<input type="checkbox"/> 1.認定当初から担当 <input type="checkbox"/> 2.事業所内の別担当者から引継ぎ <input type="checkbox"/> 3.他の居宅介護支援事業所から引継ぎ <input type="checkbox"/> 4.病院から引継ぎ <input type="checkbox"/> 5.介護老人福祉施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 6.介護老人保健施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 7.介護療養型医療施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 8.共同生活介護から引継ぎ <input type="checkbox"/> 9.小規模多機能型居宅介護から引継ぎ	
(23) 担当期間	
<input type="checkbox"/> 1.2年以上 <input type="checkbox"/> 2.1年～2年未満 <input type="checkbox"/> 3.半年～1年未満 <input type="checkbox"/> 4.半年未満	
(24) 使用したアセスメントツール	←別紙コード表より記入
(25) 直近の認定更新時のサービス担当者会議への参加	
① 医師	<input type="checkbox"/> 1.出席 <input type="checkbox"/> 2.欠席 <input type="checkbox"/> 3.わからない
② 家族	<input type="checkbox"/> 1.出席 <input type="checkbox"/> 2.欠席 <input type="checkbox"/> 3.わからない <input type="checkbox"/> 4.いない

裏面へお進みください

(26) 過去1年間のモニタリング実施状況(平成22年1~12月)			
① 訪問	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ	イ:月2回以上 ロ:月1回程度 ハ:年数回 ニ:年1回 ホ:なし	
② 電話等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
③ 担当者会議等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
④ 包括との会議等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
(27) 当ケースの難易度の自己評価			
<input type="checkbox"/> 1.困難ケース <input type="checkbox"/> 2.標準的ケース <input type="checkbox"/> 3.容易なケース			
(28) 当ケースのケアマネジメントについての自己評価			
<input type="checkbox"/> 1.非常に順調 <input type="checkbox"/> 2.ほぼ順調 <input type="checkbox"/> 3.普通 <input type="checkbox"/> 4.やや難航 <input type="checkbox"/> 5.非常に難航			

(29) 当該プラン作成時に重視した点(3つまで)			←下から 選び記号 を記入
イ. 本人の意向 ロ. 家族の意向 ハ. ADL, IADL の把握 ニ. 自己実現意欲の回復 ホ. ADL, IADL の改善、 重度化防止・遅延化 ヘ. 主治医意見書	ト. 直近の介護認定調査結果 チ. 利用者の負担額 リ. 支給限度基準額 ヌ. 地域におけるサービス 提供可能量 ル. 事業所の方針 ヲ. その他( )		
(30) プラン見直し	<input type="checkbox"/> 1.年3回以上	<input type="checkbox"/> 2.年2回	<input type="checkbox"/> 3.年1回 <input type="checkbox"/> 4.なし

【サービスの利用実績と妥当性】

(31) 平成22年12月介護保険サービス利用実績と妥当性 (それぞれあてはまるものひとつだけ)			
※注 ④~⑨、⑪~⑬、⑯は予防給付を含む		(31a) 利用実績	(31b) この利用者にとってのサービス量の妥当性
① 訪問介護 [身体] ※全体として		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	①a. 排泄介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①b. 食事介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①c. 入浴介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①d. 移動・外出介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①e. 見守り	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
② 訪問介護 [生活] ※全体として		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	②a. 掃除	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	②b. 洗濯	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	②c. 調理・配膳等	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
③ 予防訪問介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	③a. 身体関連の介護	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③b. 掃除	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③c. 洗濯	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③d. 調理・配膳・買い物等	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
④ 訪問入浴介護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑤ 訪問看護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑥ 訪問リハビリテーション *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑦ 居宅療養管理指導 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑧ 通所介護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑧a. 通所介護の目的 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 機能向上 <input type="checkbox"/> 2. 入浴 <input type="checkbox"/> 3. 食事 <input type="checkbox"/> 4. 健康チェック <input type="checkbox"/> 5. 社会参加 <input type="checkbox"/> 6. 介護負担の軽減	
⑧b. 予防通所介護の内容 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 運動機能向上 <input type="checkbox"/> 2. 栄養改善 <input type="checkbox"/> 3. 口腔機能向上	
⑨ 通所リハビリテーション *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑨a. 通所リハビリの目的 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 医学的管理 <input type="checkbox"/> 2. 心身機能の維持・改善 <input type="checkbox"/> 3. 社会参加 <input type="checkbox"/> 4. 介護負担の軽減	
⑨b. 予防通所リハビリテーションの内容 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 2. 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 3. リハビリ手技 <input type="checkbox"/> 4. 言語・聴覚療法 <input type="checkbox"/> 5. 物理療法(温熱・低周波等) <input type="checkbox"/> 6. 補装具・福祉用具の調整 <input type="checkbox"/> 7. 口腔ケア	
⑨c. リハビリテーションを提供している職種 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 理学療法士 <input type="checkbox"/> 2. 作業療法士 <input type="checkbox"/> 3. 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 4. 看護職員 <input type="checkbox"/> 5. 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 6. あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 7. その他 (具体的に )	
⑩ 療養通所介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑪ 短期入所生活介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑫ 短期入所療養介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑬ 福祉用具貸与・販売*		<input type="checkbox"/> 1. あり ( __品目) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑭ 住宅改修		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑮ 夜間対応型訪問介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑯ 認知対応型通所介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)

(32) 介護保険利用月額(利用者負担込み)	_____円
------------------------	--------

(33) 平成22年12月医療保険サービス利用実績			
① 通院	② 訪問診療	③ (医療)訪問看護	④ 入院
<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし

(34) 平成22年12月介護保険外サービス利用実績と妥当性			
	(34a) 利用実績	(34b) この利用者にとってのサービス量の妥当性	
① 家事援助サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
② 移送サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
③ 配食関連サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
④ いきいきサロン等	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
⑤ オムツ支給・補助	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
⑥ 認知症高齢者に対する事業	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
利用実績ありの場合その内容(当てはまるもの全て)	<input type="checkbox"/> 1. 見守り <input type="checkbox"/> 2. 話し相手 <input type="checkbox"/> 3. 付き添い <input type="checkbox"/> 4. その他		

《個別ケース票(2ケース目)ここまで》



# 《個別ケース調査票(3ケース目)》

回答日:平成 23 年 月 日

## 【利用者の基本属性等】

(1) 年齢	_____ 歳
(2) 性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女
(3) 同居・独居 (ひとつだけ)	<input type="checkbox"/> 1.同居者あり <input type="checkbox"/> 2.同居者なし(ひとり暮らし)
(4) 家族等介護者の有無 (最も近いものひとつずつ)	
① 同居の配偶者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
② 同居の子	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
③ 同居の子の配偶者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
④ その他の同居者	<input type="checkbox"/> 1.介護可能 <input type="checkbox"/> 2.いるが介護不能 <input type="checkbox"/> 3.いない
⑤ 別居の親族	<input type="checkbox"/> 1.介護可能な人あり <input type="checkbox"/> 2.いない・不明
⑥ 別居の知人等	<input type="checkbox"/> 1.介護可能な人あり <input type="checkbox"/> 2.いない・不明
(5) 居住状況 (あてはまるものひとつだけ)	
① 屋内移動	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
② 入浴介助環境	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
③ 外出環境	<input type="checkbox"/> 1.良(バリアフリー対応等) <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.不良
(6) 所得階層 (あてはまるものひとつだけ)	
	<input type="checkbox"/> 1.第1 <input type="checkbox"/> 2.第2 <input type="checkbox"/> 3.第3 <input type="checkbox"/> 4.第4 <input type="checkbox"/> 5.第5、6 段階 段階 段階 段階 段階
(7) 併用サービス (最も近いものひとつずつ)	
① 障害者自立支援法サービスの併用	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
② 自費でのサービスの併用	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし

## 【要介護度、ADL、IADL 等】

(8) 要介護度	<input type="checkbox"/> 1.要支援1 <input type="checkbox"/> 2.要支援2 <input type="checkbox"/> 3.要介護1 <input type="checkbox"/> 4.要介護2 <input type="checkbox"/> 5.要介護3 <input type="checkbox"/> 6.要介護4 <input type="checkbox"/> 7.要介護5 <input type="checkbox"/> 8.その他				
(9) 要介護認定等基準時間					
①食事	②排泄	③移動	④清潔保持	⑤関節	
_____分	_____分	_____分	_____分	_____分	
⑥BPSD関連	⑦機能訓練	⑧医療関連	⑨認知症加算		
_____分	_____分	_____分	_____分		
(10) 中間評価項目得点					
①第1群	②第2群	③第3群	④第4群	⑤第5群	
_____	_____	_____	_____	_____	
(11) 前回認定結果と比較した要介護度 (ひとつだけ)	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.同程度 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明				
(12) 認知症の程度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
(13) 障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C				
(14) 主たる原因疾患等(2つまで)					←下から選び 記号を記入
イ. 脳卒中    ロ. 心臓病    ハ. がん    ニ. 呼吸器の病気 ホ. 関節の病気    ヘ. 糖尿病    ト. 認知症    チ. パーキンソン病 リ. 骨折・転倒    ス. 脊髄損傷    ル. 視覚・聴覚障害 ヲ. 言語障害    ヲ. 高齢による衰弱    カ. その他    コ. 不明					
(15) 麻痺、拘縮 (それぞれあてはまるものひとつだけ)					
①麻痺	<input type="checkbox"/> 1.なし <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				
②拘縮	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.肩関節 <input type="checkbox"/> 3.股関節 <input type="checkbox"/> 4.膝関節 <input type="checkbox"/> 5.その他				
(16) 配慮が必要な服薬等 (あてはまるものすべて)	<input type="checkbox"/> 1.自己注射 <input type="checkbox"/> 2.麻薬等鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 3.睡眠導入薬 <input type="checkbox"/> 4.向精神薬 <input type="checkbox"/> 5.その他の薬 <input type="checkbox"/> 6.服薬なし				

(17) ケアプラン作成時点で認められた心身の状態 (あてはまるものすべて)		
<input type="checkbox"/> 1.脱水症状 <input type="checkbox"/> 2.発熱の継続 <input type="checkbox"/> 3.急性期対応直後 <input type="checkbox"/> 4.退院して1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 5.肺炎・誤嚥性肺炎の入院歴 <input type="checkbox"/> 6.脳血管疾患の再発歴 <input type="checkbox"/> 7.治療を要する高脂血症 <input type="checkbox"/> 8.治療を要する高血圧症 <input type="checkbox"/> 9.不整脈 <input type="checkbox"/> 10.嚥下困難 <input type="checkbox"/> 11.食事量の低下(3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 12.ADLの急激な低下(3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 13.廃用性症候群の可能性 <input type="checkbox"/> 14.指示通りの薬の服用が出来ない <input type="checkbox"/> 15.ターミナル期(余命6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 16.認知症によるBPSD(行動・心理症状) (具体的に _____ )		
(18) ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア (あてはまるものすべて)		
<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、人工膀胱)の処置 <input type="checkbox"/> 5.酸素療法 <input type="checkbox"/> 6.レスピレーター(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 <input type="checkbox"/> 10.モニター測定(血圧、心拍 SPO2) <input type="checkbox"/> 11.褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 13.がんの外来化学療法 <input type="checkbox"/> 14.インスリン注射 <input type="checkbox"/> 15.喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 16.排便コントロール(排便等)		
(19) 介護認定審査会として付する主治医意見書等で 指定されているサービス (あてはまるものすべて)		
<input type="checkbox"/> 1.訪問看護 <input type="checkbox"/> 2.訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 3.通所リハビリ <input type="checkbox"/> 4.居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 5.その他(_____ )		
(20) ADL (それぞれひとつだけ選び印)		
① 室内移動	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	↑ 一部介助だが改善可能性高い ロ:自立だが少し難しい イ:自立かつ楽にできる
② 屋外移動	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
③ 食事	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
④ 入浴	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑤ 着脱衣	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑥ 排泄	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
(21) IADL (それぞれひとつずつ選び印)		
① 掃除	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	↑ 全介助で改善可能性が低い ホ:全介助だが改善可能性高い ニ:一部介助で改善可能性低い
② 洗濯	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
③ 買物	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
④ 調理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑤ 整理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑥ ごみ出し	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑦ 通院	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑧ 服薬	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑨ 金銭管理	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑩ 電話・PC	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	
⑪ 社会参加	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ <input type="checkbox"/> ヘ	

## 【ケアマネジメントの状況】

(22) インテークの状況 (最も近いものひとつだけ)		
<input type="checkbox"/> 1.認定当初から担当 <input type="checkbox"/> 2.事業所内の別担当者から引継ぎ <input type="checkbox"/> 3.他の居宅介護支援事業所から引継ぎ <input type="checkbox"/> 4.病院から引継ぎ <input type="checkbox"/> 5.介護老人福祉施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 6.介護老人保健施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 7.介護療養型医療施設から引継ぎ <input type="checkbox"/> 8.共同生活介護から引継ぎ <input type="checkbox"/> 9.小規模多機能型居宅介護から引継ぎ		
(23) 担当期間		
<input type="checkbox"/> 1.2年以上 <input type="checkbox"/> 2.1年～2年未満 <input type="checkbox"/> 3.半年～1年未満 <input type="checkbox"/> 4.半年未満		
(24) 使用したアセスメントツール	⋮	←別紙コード 表より記入
(25) 直近の認定更新時のサービス担当者会議への参加		
① 医師	<input type="checkbox"/> 1.出席 <input type="checkbox"/> 2.欠席 <input type="checkbox"/> 3.わからない	
② 家族	<input type="checkbox"/> 1.出席 <input type="checkbox"/> 2.欠席 <input type="checkbox"/> 3.わからない <input type="checkbox"/> 4.いない	

裏面へお進みください

(26) 過去1年間のモニタリング実施状況(平成22年1~12月)			
① 訪問	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ	イ:月2回以上 ロ:月1回程度 ハ:年数回 ニ:年1回 ホ:なし	
② 電話等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
③ 担当者会議等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
④ 包括との会議等	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ <input type="checkbox"/> ホ		
(27) 当ケースの難易度の自己評価			
<input type="checkbox"/> 1.困難ケース <input type="checkbox"/> 2.標準的ケース <input type="checkbox"/> 3.容易なケース			
(28) 当ケースのケアマネジメントについての自己評価			
<input type="checkbox"/> 1.非常に順調 <input type="checkbox"/> 2.ほぼ順調 <input type="checkbox"/> 3.普通 <input type="checkbox"/> 4.やや難航 <input type="checkbox"/> 5.非常に難航			

(29) 当該プラン作成時に重視した点(3つまで)			←下から 選び記号 を記入
イ. 本人の意向 ロ. 家族の意向 ハ. ADL, IADL の把握 ニ. 自己実現意欲の回復 ホ. ADL, IADL の改善、 重度化防止・遅延化 ヘ. 主治医意見書	ト. 直近の介護認定調査結果 チ. 利用者の負担額 リ. 支給限度基準額 ヌ. 地域におけるサービス 提供可能量 ル. 事業所の方針 ヲ. その他( )		
(30) プラン見直し	<input type="checkbox"/> 1.年3回以上 <input type="checkbox"/> 2.年2回 <input type="checkbox"/> 3.年1回 <input type="checkbox"/> 4.なし		

【サービスの利用実績と妥当性】

(31) 平成22年12月介護保険サービス利用実績と妥当性 (それぞれあてはまるものひとつだけ)			
※注 ④~⑨、⑪~⑬、⑯は予防給付を含む		(31a) 利用実績	(31b) この利用者にとってのサービス量の妥当性
① 訪問介護 [身体] ※全体として		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	①a. 排泄介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①b. 食事介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①c. 入浴介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①d. 移動・外出介助	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	①e. 見守り	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
② 訪問介護 [生活] ※全体として		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	②a. 掃除	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	②b. 洗濯	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	②c. 調理・配膳等	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
③ 予防訪問介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
主なサービス	③a. 身体関連の介護	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③b. 掃除	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③c. 洗濯	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
	③d. 調理・配膳・買い物等	<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回程度) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
④ 訪問入浴介護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑤ 訪問看護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回・__時間) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑥ 訪問リハビリテーション *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑦ 居宅療養管理指導 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑧ 通所介護 *		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑧a. 通所介護の目的 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 機能向上 <input type="checkbox"/> 2. 入浴 <input type="checkbox"/> 3. 食事 <input type="checkbox"/> 4. 健康チェック <input type="checkbox"/> 5. 社会参加 <input type="checkbox"/> 6. 介護負担の軽減	
⑧b. 予防通所介護の内容 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 運動機能向上 <input type="checkbox"/> 2. 栄養改善 <input type="checkbox"/> 3. 口腔機能向上	
⑨ 通所リハビリテーション*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑨a. 通所リハビリの目的 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 医学的管理 <input type="checkbox"/> 2. 心身機能の維持・改善 <input type="checkbox"/> 3. 社会参加 <input type="checkbox"/> 4. 介護負担の軽減	
⑨b. 予防通所リハビリテーションの内容 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 2. 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 3. リハビリ手技 <input type="checkbox"/> 4. 言語・聴覚療法 <input type="checkbox"/> 5. 物理療法(温熱・低周波等) <input type="checkbox"/> 6. 補装具・福祉用具の調整 <input type="checkbox"/> 7. 口腔ケア	
⑨c. リハビリテーションを提供している職種 (あてはまるものすべて)		<input type="checkbox"/> 1. 理学療法士 <input type="checkbox"/> 2. 作業療法士 <input type="checkbox"/> 3. 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 4. 看護職員 <input type="checkbox"/> 5. 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 6. あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 7. その他 (具体的に )	
⑩ 療養通所介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑪ 短期入所生活介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑫ 短期入所療養介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑬ 福祉用具貸与・販売*		<input type="checkbox"/> 1. あり ( __品目) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑭ 住宅改修		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑮ 夜間対応型訪問介護		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)
⑯ 認知対応型通所介護*		<input type="checkbox"/> 1. あり (月__回) <input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)

(32) 介護保険利用月額(利用者負担込み) \_\_\_\_\_ 円

(33) 平成22年12月医療保険サービス利用実績			
① 通院	② 訪問診療	③ (医療)訪問看護	④ 入院
<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし	<input type="checkbox"/> 1.週2以上 <input type="checkbox"/> 2.週1程度 <input type="checkbox"/> 3.なし

(34) 平成22年12月介護保険外サービス利用実績と妥当性			
		(34a) 利用実績	(34b) この利用者にとってのサービス量の妥当性
① 家事援助サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
② 移送サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
③ 配食関連サービス	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
④ いきいきサロン等	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
⑤ オムツ支給・補助	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
⑥ 認知症高齢者に対する事業	<input type="checkbox"/> 1. 週2以上 <input type="checkbox"/> 2. 週1程度 <input type="checkbox"/> 3. なし	<input type="checkbox"/> 1. 適正 <input type="checkbox"/> 2. 不足(資源不足) <input type="checkbox"/> 3. 不足(その他)	
利用実績ありの場合その内容(当てはまるもの全て)		<input type="checkbox"/> 1. 見守り <input type="checkbox"/> 2. 話し相手 <input type="checkbox"/> 3. 付き添い <input type="checkbox"/> 4. その他	

設問は以上です。ご回答ありがとうございました。

《個別ケース票(3ケース目)ここまで》

## アセスメントツール コード表

コード 番号	名称
0 : 1	MDS－HC方式、MDS－RAPs、CAPs
0 : 2	日本訪問看護振興財団方式
0 : 3	全国社会福祉協議会方式、新・サービス計画ガイドライン方式
0 : 4	3団体ケアプラン策定研究会方式、包括自立支援プログラム (全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、介護力強化病院連絡協議会が作成)
0 : 5	日本介護福祉士協会方式
0 : 6	日本社会福祉士協会方式、ケアマネジメント実践記録様式
1 : 0	TAI方式
1 : 1	白澤方式
1 : 2	竹内方式
2 : 0	上記以外のアセスメントツールでケアプラン作成支援ソフトなどに附属しているもの
3 : 1	ケアマネジメントに関する書籍の附属資料などのアセスメントツール
3 : 2	ケアマネジャーのコミュニティサイトなどからダウンロードしたアセスメントツール
4 : 1	都道府県(あるいは都道府県単位の研究会等)が作成したアセスメントツール
4 : 2	市区町村(あるいは市区町村単位の研究会等)が作成したアセスメントツール
4 : 3	その他、地域の研究会やグループが作成したアセスメントツール
5 : 1	法人が作成した独自のアセスメントツール
5 : 2	事業所が作成した独自のアセスメントツール
6 : 0	自分自身で作成した独自のアセスメントツール

以上