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 【介護老人保健施設・施設票(案)】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- · 特に指定の無い限り、平成 30 年 10 月3日(水)現在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O印をお付け下さい。

)年(

) J

)月

- ・ ()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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成●年●月●日(●)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

問1. 基本情報

(1)開設年

(2) 定員数

「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 :0120-380-641(平日10:00~17:00) ②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: ● ● @ ● ● . ● ● . ● ●

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

(

(-//	C 57.37	`		`	//\				
問2.	貴法	人力	、提供している	サービス	および貴族	を設に併設さ	れてし	るサ	ービス
X (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								
	けけてください。								
	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・								
			とを言います			-B1 : 00 (10)	771X /		SEL 100 & NOW I - 000 CIRCLES CO.
(1)	(2)		宝宅サービス	•			(1)	(2)	■施設サービス
		1.							20. 介護老人福祉施設
									21. 介護療養型医療施設
		3.							22. 介護医療院
			訪問リハビリ	ノテーション	ン			_	■医療サービス
			通所介護						23. 病院
		6.	通所リハビリ	ノテーション	ン				24. 診療所(在宅療養支援診療所)
		7.	短期入所生	活介護、組	療養介護				25. 診療所(在宅療養支援診療所
		8.	特定施設入		介護				以外)
		9.							■その他
			居宅介護支						26. サービス付き高齢者向け住宅
			地域密着型サ						27. 有料老人ホーム
			定期巡回•陨		型訪問介護	看護			28. 養護老人ホーム、軽費老人ホ
			夜間対応型				_	_	ーム(ケアハウス A、B)
			認知症対応						29. 旧高齢者専用賃貸住宅
			小規模多機						30. 地域包括支援センター
			認知症対応			T A =#			(在宅介護支援センター)
			地域密着型				_	_	04 4+1-4-1
			地域密着型			自生活介護			31. 特になし
			看護小規模:		古七汀護				
\sqcup	\Box	19.	地域密着型	囲川川護					

問3. 職員体制 平成30年10月3日(水)に在籍していた職員数(実人数) ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。 ※該当者がいない場合はOを記入してください。						
				(1)常勤		(2)非常勤
(1)職員の総数	(1)職員の総数				()人
①医師	①医師				()人
②歯科医師			()人	()人
③薬剤師			()人	()人
④看護師			()人	()人
⑤准看護師	⑤准看護師				()人
⑥理学療法士	⑥理学療法士				()人
⑦作業療法士	⑦作業療法士				()人
8言語聴覚士	8言語聴覚士)人
9歯科衛生士	9歯科衛生士				()人
⑩栄養士			()人	()人
⑪うち、管理栄養士			()人	()人
⑫介護支援専門員			()人	()人
13介護福祉士	③介護福祉士				()人
(4)その他の介護職員	④その他の介護職員)人
15その他の職員	⑤その他の職員)人	()人
(の)に実験号の1米	介護職員	看護職	战員	事務職員		その他の職員
(2)派遣職員の人数	()人	()人	().	人	()人

	瘡マネジメントの実施を 者ごとの褥瘡の発生と関						
関連	活ごとの褥瘡の発生と 連のあるリスクの評価を 起しているか	 全ての入所者につい 必要性のある入所者 実施していない → その他(ficio	いて実施している	o → 以 だ	に下の(2)~(4)に さい	
(2	2)評価している内容 (複数回答可)		2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	基病的類様 素的節類状 素的節類状 多汗失禁の 皮膚の 大子禁 で 大子禁 で で で で で で で で で で で で で	腫) キンーラ	テアの保有、既往))
(3	3)評価の職種 (複数回答可)		2. 3. 4.	医師 看護職員 介護支援専門員 介護職員 その他の職員 ()
(4	1)評価の頻度		2. 3. 4. 5. 6.	前年度 入所時のみ 1ヶ月に1回程度 2ヶ月に1回程度 3ヶ月に1回程度 3ヶ月以上に1回 不定期 その他		今年度 1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程 3. 2ヶ月に1回程 4. 3ヶ月に1回程 5. 3ヶ月以上に1 6. 不定期 7. その他	護 渡 護
2. 褥瘡	ケア計画の作成						
	ケア計画の作成	 全ての入所者につい 必要性のある入所者に 実施していない → その他(こつし 5.に	いて実施している - 進んでください) → 5.に	→ 以下の 進んでく	D(2)~(5)に回答し ださい	てください
(2	2) 褥瘡ケア計画への記載 (複数回答可)	内容	2. 3. 4. 5. 6. 7.	褥瘡の状態の評(ベッド上の圧迫、 散寝具、頭部挙 イス上の圧迫、ズ	西 ズレカの 上方法、 レカの 上方法、	している内容」の結)排除 (体位変換 事 椅子姿勢保持等 非除 (体位変換、 車 椅子姿勢保持等	色、体圧分 計) 体圧分
(3)褥瘡ケア計画を作成する(複数回答可)		る際の参加職種	2. 3. 4.	医師 看護職員 介護支援専門員 介護職員 その他の職員()
	しているか	容を褥瘡ケア計画へ反映		反映している 反映していない			
(5	5)褥瘡ケア計画について の実施の有無	、入所者・家族への説明		説明している 説明していない			

3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネ	ジメントの実施	
(1)褥瘡ケアにおいて記録している情	報(複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他()
(2)褥瘡マネジメントの記録頻度		1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他
(3)褥瘡予防マットレスの使用の有無		1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください
(4) 上記で「2. 使用してし 場合、その理由 (複数回答可)	いない」を選択した	1. 効果を感じないため 2. 適切な使用方法が分からないため 3. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 4. 高価であるため 5. 入所者が使用したがらないため 6. その他()
4. 褥瘡ケア計画の見直し		
(1)褥瘡ケア計画の見直し	 2. 必要性のある <i>]</i> 	Tついて実施している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 、所者について実施している → 以下の(2)~(3)に回答 してください → 5.に進んでください) → 5.に進んでください
(2)見直しをする際の参加職種 (複数回答可)		1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員()
(3)見直しの頻度		1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他
5. 褥瘡が発生した場合の対応		
(1)褥瘡のス テー ジの記録	 2. 必要性のある <i>]</i> 	TOいて記録している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 、所者について記録している → 以下の(2)~(3)に回答 してください → 以下の(3)に回答してください) → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1.全ての入所者」 る」、「2.必要性のある入所者」 る」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)		1. NPUAP分類 2. DESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他()

(3)褥瘡が発生した際の医療機関との連携	 定期的に医師が診察している 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 医師は診察していない
	4. その他 ()

6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1)褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)~(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、 どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他()
(3)上記で「1.ある」を選択した場合、周知・共有方法 (複数回答可)	内部の新任の職員研修の際に使用している 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している 職員が常に閲覧可能な場所に保管している マニュアルはあるが周知・共有していない その他()
(4)上記で「1.ある」を選択した場合、内容の見直し の実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5)上記で「2.なし」を選択した場合、整備していない 理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足 している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他(
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1)褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、どのような研修 を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的に開催している 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他 ()
(3)上記で「2.なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	田子
8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1) 褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を 限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合 も含みます。	 設置している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 設置していない → 9.に進んでください
も3のより。	
(2)上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡 ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他(
(2)上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況(複数回答可) (3)上記で「1.設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法(複数回答可)	2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない
(2)上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況(複数回答可) (3)上記で「1.設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法	2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他() 1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他()
(2)上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況(複数回答可) (3)上記で「1.設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法(複数回答可)	2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他() 1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している

5

(3)上記「(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数」の
うち、褥瘡が原因で入院した人数

)人

(

問	5. 褥瘡マネジメント加算に関する状況	
(1)褥瘡マネジメント加算の算定有無	1. 算定している → 問6に進んでください
	(平成30年4月1日から9月30日までの6ヶ月間に一度	2. 算定していない → 以下の(2)~(3)に回答して
で	も算定していれば、「算定している」を選択)	ください
	(2)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、 算定が困難な理由(複数回答可)	 標瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい 入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 複数の職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 褥瘡ケア計画に従い褥瘡マネジメントを実施するのが難しい 褥瘡マネジメントの内容について定期的に記録するのが難しい 少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 低栄養リスク改善加算を算定しているため 分からない その他(
	(3)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、 今後の算定予定	1. 今後、予定している 2. 今のところ、予定していない 3. 分からない

「入所時」 における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況 ※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。 1. 基本情報の記録についてお伺いします。 1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 (1) 主に使用しているアセスメント様式 3. MDS方式·MDS-HC方式 (1つだけに〇) 4. ICFステージング(R4) 5. その他((2) 基本情報の記録状況 1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(1. 全くない 2. あまりない 情報を収集する負担感 3. どちらともいえない (5段階評価) 4. ややある 1)身長 5. とてもある 記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい ない」を選択した場合は回答不要) 1. 看護師 2. 介護支援専門員 記録している者 3. 介護職員 (複数選択可) 4. 支援相談員 5. その他職種 1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(1. 全くない 2. あまりない 情報を収集する負担感 3. どちらともいえない (5段階評価) 4. ややある 2)体重 5. とてもある 記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい ない」を選択した場合は回答不要) 1. 看護師 2. 介護支援専門員 記録している者 3. 介護職員 (複数選択可) 4. 支援相談員 5. その他職種 1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(1. 全くない 2. あまりない 情報を収集する負担感 3. どちらともいえない (5段階評価) 4. ややある 3既往歴 5. とてもある 記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい ない」を選択した場合は回答不要) 1. 看護師 2. 介護支援専門員 記録している者 3. 介護職員 (複数選択可) 4. 支援相談員 5. その他職種 1. 全ての入所者について記録している 4)栄養状態 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(

		資料 2 (別紙 1 一 1)
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合は	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者(複数選択可)	 1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
⑤過去3ヶ月の 入院の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
2 420-2 137111	記録している場合、以ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者 (複数選択可)	 1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他 (
⑥過去3ヶ月の 骨折の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
1337144 13710	記録している場合、以ない」を選択した場合は	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していま回答不要)
	記録している者(複数選択可)	 1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
⑦過去3ヶ月の 転倒の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合に記録している者(複数選択可)	1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. 支援相談員
		5. その他職種

	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
⑧誤嚥性肺炎の	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
既往の有無	記録している場合、以ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい
	記録している者 (複数選択可)	 1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
⑨褥瘡の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者 (複数選択可)	 1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. その他職種
2 日常生活動作	F(ADL)の評価について	
(1) 主に使用して	ごいるアセスメント様式以 ■活や運動器機能のアセ	Barthel Index FIM
スメントを実	たが、 施する際に主として使用 (1つだけに〇)	3. Katz index 4. その他()
	選択した情報を収集する	5. 評価していない 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項	目についてお伺いします	。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)
(3) 項目の評価が	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他 ()
(4)評価を行う者	(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. 支援相談員 8. その他職種()
3. 手段的日常生	E活動作(IADL)の評価	についてお伺いします。
外に、日常生 スメントを実	いるアセスメント様式以 活や運動器機能のアセ 施する際に主として使用 (1つだけに〇)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他(4. 評価していない

(2) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします	「。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護支援専門員 介護職員 支援相談員 その他職種()
4. 認知機能の評価についてお伺いします	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに〇)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini-Mental State Examination) 4. MOCA-j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community based Integrated Care System-21 items) 7. その他(8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします	- - 。(上記(1)で、「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 支援相談員 9. その他職種()
5. 栄養状態の評価についてお伺いしまる	; 。
(1) 必要栄養量の計算	 全ての入所者について計算している 必要性のある入所者について計算している 計算していない その他(
上記で「1.全ての入所者について計算している」「2.必要性のある入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数)

(2)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、栄養状態のアセスメントを実施 する際に主として使用している項目 (1つだけに〇)	 BMI 体重減少率 血清アルブミン値 食事摂取量 栄養補給法 褥瘡の有無 その他(評価していない)
	上記(2)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある 	
(2)	で選択した項目についてお伺いします	・。(上記(2)で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要)
(4)	項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他()
(5)	評価を行う者(複数選択可)	 医師 看護師 言語聴覚士 管理栄養士 栄養士 介護支援専門員 介護職員 支援相談員 その他職種()
6	口腔機能の評価についてお伺いします	t.	
	歯の状況の把握	。 1. 全ての入所者について把握している 2. 必要性のある入所者について把握している 3. 把握していない 4. その他()
	上記で「1.全ての入所者について把握している」「2.必要性のある入所者について把握している」を選択した場合、評価項目(複数回答可)	 健全歯の本数 未処置歯の本数 補綴の状況(義歯の有無など) 歯列の状況 咬合の状況 歯肉出血 その他()
	上記で「1.全ての入所者について把握している」「2.必要性のある入所者について把握している」を選択した場合、評価を行う者(複数選択可)	 歯科医師 看護師 歯科衛生士 介護支援専門員 介護職員 支援相談員 その他職種()
(2)	嚥下機能の評価	 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している 評価していない その他()
	上記で「1.全ての入所者について評価している」「2.必要性のある入所者について評価している」を選択した場合、評価方法(複数回答可)	 水飲みテスト 頸部聴診法 嚥下内視鏡検査 嚥下造影検査 その他()
	上記で「1.全ての入所者について評価している」「2.必要性のある入所者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感(5段階評価)	 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある 	

(3)	主に使用しているアセスメント様式以	1. RSST 2. フードテスト	
(- /	外に、口腔機能のアセスメントを実施	2. ブードナスト 3. オーラルディアドコキネシス	
	する際に主として使用している項目	6. アイヒナー分類	
	(1つだけに〇)	5. その他 ()
		6. 評価していない	
		1. 全くない	
(4)	上記(3)で選択した情報を収集する	2. あまりない	
(- /	負担感(5段階評価)	3. どちらともいえない	
		4. ややある 5. とてもある	
(2)	で選択した項目についてか <u>伺いし</u> ます	- 5. と 6ものる - 。(上記(3)で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要:	1
(3)	で選択した項目についてお何いしまり	。(工記(3)でも評価していない」を選択した場合は凹合不安。 1. 全ての入所者について評価している)
(E)	項目の評価状況		
(5)	項目の計画1人次	2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他 ()
		3. での他 (1. 医師	
		1.	
		3. 看護師	
		6. 項	
		5. 作業療法士	
		6. 言語聴覚士	
(6)	評価を行う者(複数選択可)	7. 歯科衛生士	
(-)		8. 管理栄養士	
		9. 栄養士	
		10. 介護支援専門員	
		11. 介護職員	
		12. 支援相談員	
		13. その他職種()
7.	うつ・閉じこもりの評価についてお伺い	いします。	
7.	うつ・閉じこもりの評価についてお伺い	1. 興味・関心チェックシート	
		1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA)	
	うつ・閉じこもりの評価についてお伺い 主に使用しているアセスメント様式以	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版	
		 1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 	
	主に使用しているアセスメント様式以	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL)	
	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項	 1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 	
	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL))
	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他(9. 評価していない)
	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他(9. 評価していない 1. 全くない)
(1)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない)
(1)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない)
(1)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他(9. 評価していない 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある)
(1)	主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある 	
(1)	主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要 	
(2)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない がちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9・評価していない」を選択した場合は回答不要 1. 全ての入所者について評価している	
(2)	主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他(9. 評価していない 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある - (上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要 1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している	
(2)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9・評価していない」を選択した場合は回答不要 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している その他(
(2)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他(9. 評価していない 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある - (上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要 1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している	
(2)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない がちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している その他(医師 看護師 	
(2)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している その他(医師 	
(1) (2) (1) (3)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度 (GDI) WHOによるQOL尺度 (WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他 (評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している その他 (医師 看護師 理学療法士 	
(1) (2) (1) (3)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価) で選択した項目についてお伺いします 項目の評価状況	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9・評価していない」を選択した場合は回答不要 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している その他(医師 看護師 理学療法士 作業療法士 	
(1) (2) (1) (3)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価) で選択した項目についてお伺いします 項目の評価状況	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9・評価していない」を選択した場合は回答不要 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している を要性のある入所者について評価している その他(医師 看護師 理学療法士 作業療法士 作業療法士 言語聴覚士 	
(1) (2) (1) (3)	主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価) で選択した項目についてお伺いします 項目の評価状況	 興味・関心チェックシート 標準失語症検査(SLTA) WAB失語症検査日本語版 高齢者うつ尺度(GDI) WHOによるQOL尺度(WHOQOL) SF-36・SF-12・SF-8 Vitality Index その他(評価していない 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある (上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している 不の他(医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護支援専門員 	

8. 介護負担の評価についてお伺いします	- •
(1)介護負担の評価	 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している 評価していない その他(
上記で「1.全ての入所者について評価 している」「2. 必要性のある入所者に ついて評価している」を選択した場合、 評価の方法(複数回答可)	1. Zarit介護負担尺度を用いての評価2. BIC-11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価3. その他の尺度を用いての評価()4. 尺度は用いないでの評価5. その他()
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価を選択した場合、評価の内容(複数回答可)	2. 身体的負担感(肉体的な介護疲れ、睡眠障害等)

「入所中」 における入所者の心身状態等に関する記録の状況 ※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。 1. 基本情報の記録についてお伺いします。 (1) 基本情報の記録状況 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 記録状況 4. 記録していない 5. その他((1)身長 1. 概ね月1回 上記で「1. 全ての入所者につい 2. 概ね3ヶ月に1回 て定期的に記録している」「2. 必 要性のある入所者について定期 3. 概ね半年に1回 的に記録している」を選択した場 4. 概ね1年に1回 合、記録の頻度 5. その他 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 記録状況 4. 記録していない 5. その他(2)体重 1. 概ね月1回 上記で「1. 全ての入所者につい て定期的に記録している」「2. 必 2. 概ね3ヶ月に1回 要性のある入所者について定期 3. 概ね半年に1回 的に記録している」を選択した場 4. 概ね1年に1回 合、記録の頻度 5. その他 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 記録状況 4. 記録していない 5. その他(3既往歴 1. 概ね月1回 上記で「1. 全ての入所者につい 2. 概ね3ヶ月に1回 て定期的に記録している」「2. 必 3. 概ね半年に1回 要性のある入所者について定期 的に記録している」を選択した場 4. 概ね1年に1回 合、記録の頻度 5. その他 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 記録状況 4. 記録していない その他(4)栄養状態 上記で「1. 全ての入所者につい 1. 概ね月1回 て定期的に記録している」「2. 必 2. 概ね3ヶ月に1回 要性のある入所者について定期 3. 概ね半年に1回 的に記録している」を選択した場 4. 概ね1年に1回 合、記録の頻度 5. その他

		質料2(別紙 I 一 I)
⑤入院の有無	記録状況 上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回
	的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	4. 概ね1年に1回 5. その他 1. 全ての入所者について定期的に記録している
⑥骨折の発生の有	記録状況	2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
⑦転倒の発生の有	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
⑧誤嚥性肺炎の発	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
生の有無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	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. その他
⑨褥瘡の発生の有	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	 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 その他
2.日常生活動作(A	DL)の記録についてお伺いします。	
(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.2.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
ている」「2. 必	この入所者について定期的に記録し 要性のある入所者について定期的 」を選択した場合、記録の頻度	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. その他

3.手段的日常生活動作(I/	ADL)の記録についてお伺し	いします。
(1) 日常生活や運動器機能 ※問6.3.(1)で選択した項目	色の記録の状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
ている」「2. 必要性の	「者について定期的に記録し ある入所者について定期的 でした場合、記録の頻度	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. その他
4. 認知機能の記録につい	いてお伺いします。	
(1) 認知機能の記録の収集 ※問6.4.(1)で選択した項目		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
ている」「2. 必要性の	所者について定期的に記録し ある入所者について定期的 Rした場合、記録の頻度	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. その他
5. 栄養状態の記録につい	いてお伺いします。	
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(1)必要栄養量	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
(2) 栄養状態の アセスメント	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
※問6.5.(2)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
6. 口腔機能の記録につい	いてお伺いします。	
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(1)歯の状況の把握	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他

	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(2) 嚥下機能の記録	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
(3) 口腔機能のアセスメント	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
※問6.6.(3)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
7. うつ・閉じこもりの記録	についてお伺いします。	
(1) うつ・閉じこもりの記録 ※問6.7.(1)で選択した項目		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
	「者について定期的に記録し ある入所者について定期的 こした場合、記録の頻度	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. その他

問8. 入所時・入所中に収集・評価した記録(問6・問7)の保管 各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に〇を付けてください。(複数選択可) ※入力項目は問6・問7で選択した項目について回答してください。

		記録媒体			
		介護 ソフト	紙	介護ソフト 以外の電 子化され た様式(Of fice ソフト等)	その他
	1.入所者の基本情報について	1	2	3	4
	2.日常生活動作(ADL)の評価・記録について	1	2	3	4
7	3.手段的日常生活動作(IADL)の評価・記録に	1	2	3	4
力	ついて				
入力項目	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4
日	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4

問9. 退所時における入所者に関する記録の状況	
(1) 転帰(死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等)の 記録の有無	 記録している 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

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 【介護老人保健施設・利用者票(案)】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、**当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方** がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、<u>記入</u> 要領の P.O O をご参照ください。
- ・ <u>問1~5共通として</u>特に指定の無い限り、<u>記載日時点における状況をアセスメントした結果について</u> 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○印をお付け下さい。
- ・ ()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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成30年●月●日(●)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:0120-380-641(平日10:00~17:00) ②お問合せの際に、調査名をお伝え下さい②

FAX:03-6826-5060(24時間受付)

 $\mathsf{E}\mathsf{-mail}: \bullet \bullet \bullet @ \bullet \bullet \bullet . \bullet \bullet . \bullet \bullet$

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報		
(1)基礎資格 ※保有している資格を全て選択 してください	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看養護師 5.准子療法士 7.作言語衛士 7.作言語衛生士 10.栄養理 11.管護文援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してく ださい () 23.資格なし
(2)資格ありの場合、経験年数	()年	

問2. 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()年()月()日					
(1)性別	1.男性			2.女性		
(2)年齢	()歳					
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要 <i>f</i> 6.申記		3.要介護3	4.要介護4	
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.皿b	2. I 7. IV	3. II a 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5. Ш а	
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立	2.J1	3.J2	4.A1	5.A2	
	6.B1	7.B2	8.C1	9.C2	10.不明	
(6)貴施設に入所した年月	平成()年	手()月				
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年	手()月				

問3. 利用者の状 記載日時点におり		版 入方法については、記入要令	頂を確認ください。
	入浴		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	排泄	排尿	3.対象外 1.自分で行 2.自分で行っ (バルーンカテーテル等 っている ていない を使用もしくは自己導尿 の場合)
(1)ADL の状況		排便	1.自分で行 2.自分で行っ 3.対象外 っている ていない (人工肛門等の場合)
(17, 02 07)(0)	食事摂取		1.自分で行2.自分で行っ っている3.対象外 (経管栄養・経静脈栄養等の場合)
	 更衣	上衣	1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	史 公	下衣	1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	個人衛生(洗顔・整髪)		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	寝返り		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
(2)基本動作	座位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
(乙) 基本到下	座位での乗り移り		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	立位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	尿失禁		1.あり 2.なし 3.対象外
(3)排泄の状況	便失禁		1.あり 2.なし 3.対象外
	バルーンカテーテルの使用		1.あり 2.なし
	食事の回数		()回
(4)食事の状況	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 · 小食 · その他 () 2.問題なし
(5)視力の状況			1.問題あり 2.問題なし

		1	Ţ	資料2(別紙1-2)
	服薬状況	1.薬を飲ん	んでいる	2.薬を飲んでいない
(6)薬の状況	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物 2.ステロ 3.抗がん 4.向精神 5.降圧剤 6.鎮痛剤	イド剤 剤 剤	7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類 を記載してください () 9.不明
	飲んでいる場合の薬の種類数	()種	類	
	義歯の有無	1.あり		2.なし
(7)歯の状態	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で	行っている	2.自分で行っていない
(8)過去3か月間の	入院の有無	1.あり		2.なし
(9)過去3か月間の	在宅復帰の有無	1.あり		2.なし
(10)過去3か月間の	つ骨折の有無	1.あり		2.なし
(11)過去3か月以内	引に転倒をしましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(12)過去3か月以内	引に37.5度以上の発熱がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(13)過去3か月以内	引に誤嚥性肺炎を起こしましたか。	1.はい	2.いいえ	3.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。	1.はい	2.いいえ 3.7	4.対象外 不明 (経管栄養・経精制 栄養等の場合)
(15)(介護に注意が	「必要な)摂食困難な状況がありますか。	1.はい	2.いいえ 3.7	4.対象外 不明 (経管栄養・経精脈 栄養等の場合)
(16)過去3か月以内	Nに脱水状態になったことはありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(17)過去3か月以内	別に褥瘡の既往がありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	自分の名前がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(18)見当識	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(10)元当戦	どこにいるかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	簡単な指示を理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(19)コミュニケー	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。	1.はい	2.いいえ	3.不明
ション	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブ ルなくにコミュニケーションが取れています か。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	意識障害がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(20)≡刃左□±総会と	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(20)認知機能	簡単な計算はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	時間管理はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明

資料2(別紙1-2)

				具作 2 (加加 Z)
	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(01) 田江亭址	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(21)周辺症状	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.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。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22)歩行移動	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
※介助せずに行	公共交通機関を利用して外出をしていま すか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
っているかをご記 入ください。	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な 称を記載して		5.移動に器具は用いてい ない 6.不明

(23)問3. 利用者の状態に関する情報(1)~(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による 記載日時点における状況	評価		
· · · · · ·	該当する点数を右側の行に記入してください。		
(1)食事	10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0:全介助	()点
(2)車椅子からベッドへの 移動	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10: 軽度の部分介助または監視を要する 5: 座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0: 全介助または不可能	()点
(3)整容	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0:部分介助または不可能	()点
(4)トイレ動作	10:自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用 している場合はその洗浄も含む 5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0:全介助または不可能	()点
(5)入浴	5:自立 O:部分介助または不可能	()点
(6)歩行	15:45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無 は問わない 10:45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5:歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 O:上記以外	()点
(7)階段昇降	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する 0:不能	()点
(8)着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0: 上記以外	()点
(9)排便コントロール	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む O:上記以外	()点
(10)排尿コントロール	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む O:上記以外	()点

問5 FIM(Fund	tional Indepen	dence Measure)(3	- 上ろ誕価		
記載日時点に		delice Measure/15	- 6 公 HT IIII		
но-ж			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		食事	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		- 1 // - 1 1 El
		## # #	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		整容	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
			1. <u>元王日立</u> 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		清拭	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	6 U 767	7133-4	7.完全自立		
	セルフケア	更衣	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		(上半身)	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立	o 무+ᄉᇝ	2 出答由人出
		更衣	1.全介助 4.最小介助	2.最大介助 5.監視	3.中等度介助 6.修正自立
		(下半身)	7. 競介/ J	ひ.血忱	0.廖正日立
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		トイレ	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		
(.) ATT - T - T		排尿	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
(1)運動項目		コントロール	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	排泄		7.完全自立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		排便	1.至 7 场 4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		コントロール	7.完全自立	0. <u>mr</u> /yu	
	移乗	ベッド、椅子、	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		車椅子	7.完全自立		- 1 Mart A BI
		1 71	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		トイレ	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		浴槽・シャワー	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		
		, L / 14	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	移動	歩行·車椅子	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			│ 7.完全自立 │ 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		階段	1.至 7 切 4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		1412	7.完全自立	— "-	·- — — —
		理解	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	727-4		4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	コミュニケー		7.完全自立	o ᆗ+ᄉᄜ	2 出答由人品
	ション	表出	1.全介助 4.最小介助	2.最大介助 5.監視	3.中等度介助 6.修正自立
		(音声•非音声)	4.取が月め 7.完全自立	○.血 兀	∪. _{IP} ⊥ □ ⊥
		社会的	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
(2)認知項目			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		交流	7.完全自立		
	41 V =22=4v		1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	社会認識	問題解決	4.最小介助 フラクロカ	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		記憶	1.至 7 场 4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		1010	7.完全自立	120	

■■■ご協力ありがとうございました■■■

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 【介護老人福祉施設・施設票(案)】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- · 特に指定の無い限り、平成 30 年 10 月3日(水)現在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O印をお付け下さい。

)年(

) 人

)月

- ・ ()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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成●年●月●日(●)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

問1. 基本情報

(1)開設年

(2) 定員数

「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:0120-380-641(平日10:00~17:00) ②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: ● ● @ ● ● . ● ● . ● ●

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

(

_/ \		`	`					
問2.	貴法	人が提供し	ているサービス	スおよび貴施	没に併設さ	れてい	るサ	ービス
X (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図を							
		さい。						
			スレは、貴施	設と同一動地	内もしくは『	巻接す	る動	地内の事業所において提供されてい
		スのことを言し			, 100 (10 ₁	/T JA /		107 + XIII - 000 CIRCICC 40 CO
(1)		■居宅サー				(1)	(2)	■施設サービス
		■ 旧 で リ 1. 訪問介						20. 介護老人保健施設
		2. 訪問入						21. 介護療養型医療施設
		3. 訪問看						22. 介護医療院
			ハビリテーショ	ョン			_	■医療サービス
		5. 通所介						23. 病院
		6. 通所リ	ハビリテーショ	ョン				24. 診療所(在宅療養支援診療所)
		7. 短期入	、所生活介護、	療養介護				25. 診療所(在宅療養支援診療所
			题入居者生活					以外)
			具貸与、販売	5				■その他
		10. 居宅介						26. サービス付き高齢者向け住宅
	_		型サービス					27. 有料老人ホーム
			回•随時対応		護			28. 養護老人ホーム、軽費老人ホ
			·応型訪問介證]	_	ーム(ケアハウス A、B)
			対応型通所が					29. 旧高齢者専用賃貸住宅
			[多機能型居宅 対応型共同4			П	Ш	30. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター)
			.对心空共同3 :着型特定施部		҈Ӕ			(仕七分護又抜センダー)
			有空行走施設 着型老人福祉			П	П	 31. 特になし
	H		規模多機能型		工/口 川 成		Ш	। । । । । । । । । । । । । । । । । । ।
	H		·流氓夕饭能当 着型通所介證					
]	10. 产品为公山	但工吧川川的	Σ.				

問3. 職員体制 平成 30 年 10 月3日(水)に在籍していた職員数(実人数) ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。 ※該当者がいない場合はOを記入してください。							
				(1)常勤		(2)非常勤	
(1)職員の総数			()人	()人	
①医師			()人	()人	
②歯科医師			()人	()人	
③薬剤師			()人	()人	
④看護師			()人	()人	
⑤准看護師			()人	()人	
⑥理学療法士			()人	()人	
⑦作業療法士			()人	()人	
⑧言語聴覚士			()人	()人	
9歯科衛生士			()人	()人	
⑩栄養士			()人	()人	
⑪うち、管理栄養士			()人	()人	
⑩介護支援専門員			()人	()人	
13介護福祉士	()人	()人			
⑭その他の介護職員	()人	()人			
①その他の職員)人	()人	
(2)派遣職員の人数	介護職員	看護聙	战員	事務職員		その他の職員	
(4)///(延期以長0)/(数	()人	()人	().	人	()人	

	マネジメントの実施 ^さ との褥瘡の発生と関	状況 連のあるリスクの評価						
	ごとの褥瘡の発生と あるリスクの評価を こいるか	 全ての入所者につい 必要性のある入所者 実施していない → その他(ficio	いて実施してい	る → 以 だ	に下の(2)~(4) さい		
	価している内容 (数回答可)		2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	基本動作能力 病的節機 病的節機 等 所 等 所 等 所 等 所 等 所 等 所 等 所 等 等 等 等 等	浮腫) スキン ー ラ	テアの保有、既行	注))
	価の職種 数回答可)		2. 3. 4.	医師 看護職員 介護支援専門員 介護職員 その他の職員)
(4)評	価の頻度		2. 3. 4. 5. 6.	前年度 入所時のみ 1ヶ月に1回程度 2ヶ月に1回程度 3ヶ月に1回程度 3ヶ月以上に1回 不定期 その他	支	5年 1. 入所時の 2. 1ヶ月に1 3. 2ヶ月に1 4. 3ヶ月に1 5. 3ヶ月以上 6. 不定期 7. その他	み 回程度 回程度 回程度 回程度	臣
2. 褥瘡ケア	計画の作成							
(1)褥瘡ケア 		1. 全ての入所者につい 2. 必要性のある入所者に 3. 実施していない → 4. その他 (こつし 5.に	いて実施している 進んでください) → 5.1	→ 以下の こ進んでく	D(2)~(5)に回 ださい	答してくださ	
	瘡ケア計画への記載 数回答可)	讷容	2. 3. 4. 5. 6. 7.	イス上の圧迫、	評価 、ズレカの 挙上方法、 ズレカの持 挙上方法、)排除 (体位) 車 椅子姿 勢保持	変換、体圧 持等) 換、体圧分	
	瘡ケア計画を作成す 数回答可)	る際の参加職種	2. 3. 4.	医師 看護職員 介護支援専門員 介護職員 その他の職員)
L	ているか	容を褥瘡ケア計画へ反映	1.	反映している 反映していない				
	瘡ケア計画について ◉実施の有無	、入所者・家族への説明		説明している 説明していない				

3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネ	ジメントの実施	
(1)褥瘡ケアにおいて記録している情	報(複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキン―テアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテ―テル等の使用 13. その他()
(2)褥瘡マネジメントの記録頻度		1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他
(3)褥瘡予防マットレスの使用の有無		1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください
(4) 上記で「2. 使用してい場合、その理由 (複数回答可)	いない」を選択した	1. 効果を感じないため 2. 適切な使用方法が分からないため 3. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 4. 高価であるため 5. 入所者が使用したがらないため 6. その他()
4. 褥瘡ケア計画の見直し		
(1)褥瘡ケア計画の見直し	 2. 必要性のある <i>)</i> 	こついて実施している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 、所者について実施している → 以下の(2)~(3)に回答 してください → 5.に進んでください) → 5.に進んでください
(2)見直しをする際の参加職種 (複数回答可)		1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員()
(3)見直しの頻度		1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他
5. 褥瘡が発生した場合の対応	4 Aza 1 = r = r = r = r = r = r = r = r = r =	
(1)褥瘡のステージの記録	 2. 必要性のある <i>)</i> 	TOいて記録している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 、所者について記録している → 以下の(2)~(3)に回答 してください → 以下の(3)に回答してください) → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1.全ての入所者」 る」、「2.必要性のある入所者」 る」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)		1. NPUAP分類 2. DESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他()

	2411 = 1,331,124 : - 7
(3)褥瘡が発生した際の医療機関との連携	定期的に医師が診察している 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 医師は診察していない その他(
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1)褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)~(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、 どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 ()
(3)上記で「1.ある」を選択した場合、周知・共有方法 (複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他()
(4)上記で「1.ある」を選択した場合、内容の見直し の実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5)上記で「2.なし」を選択した場合、整備していない 理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他()
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1)褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、どのような研修 を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的に開催している 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他(I)
(3)上記で「2.なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他()
8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1) 褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を 限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合も含みます。	 設置している → 以下の(2)~(3)に回答してください 設置していない → 9.に進んでください
(2)上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡 ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 ()
(3)上記で「1.設置している」を選択した場合、検討 事項の職員への周知方法 (複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他 ()
9. その他	
(1)貴施設における褥瘡の定義	 1. 皮膚損傷・発赤なし 2. 持続する発赤 3. 真皮までの損傷 4. 皮下組織までの損傷 5. 皮下組織を超える損傷 6. 関節腔、体腔に至る損傷 7. その他()
(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日~9月30日の6ヶ月間)	()人
(3)上記「(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数」の	()人

問5. 褥瘡マネジメント加算に関する状況	
(1)褥瘡マネジメント加算の算定有無	1. 算定している → 問6に進んでください
(平成30年4月1日から9月30日までの6ヶ月間に一度	2. 算定していない → 以下の(2)~(3)に回答して
でも算定していれば、「算定している」を選択)	ください
(2)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、 算定が困難な理由(複数回答可)	 補瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい 入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 複数の職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 褥瘡ケア計画に従い褥瘡マネジメントを実施するのが難しい 褥瘡マネジメントの内容について定期的に記録するのが難しい 少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 低栄養リスク改善加算を算定しているため 分からない その他(
(3)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、 今後の算定予定	1. 今後、予定している 2. 今のところ、予定していない 3. 分からない

	上 にかける1 正老	の心身状態等に関する記録・評価の状況
		の心身が感导に関する記録・計画の状況 と施しているかについてお答えください。
	録についてお伺いしま	す。
		1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式
(1) 主に使用して (1つだけに〇	いるアセスメント様式 [、]	3. MDS方式·MDS-HC方式
(1)/21/120)	4. ICFステージング(R4) 5. その他()
(2) 基本情報の記		7. CONE. (
		1. 全ての入所者について記録している
	記録状況	2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない
		4. その他 ()
		1. 全くない 2. あまりない
	情報を収集する負担感	3. どちらともいえない
①身長	(5段階評価)	4. ややある
	記録している場合、以	5. とてもある 下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい
	ない」を選択した場合に	は回答不要)
		1. 看護師
	記録している者 (複数選択可)	2. 介護支援専門員 3. 介護職員
		4. 生活相談員
		5. その他職種 1. 全ての入所者について記録している
	記録状況	1. 宝での人所有について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している
		3. 記録していない
		4. その他(
		2. あまりない
	(5段階評価)	3. どちらともいえない 4. ややある
②体重		5. とてもある
	記録している場合、以	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい
	ない」を選択した場合に	4回台へ安/ │ 1. 看護師
	 記録している者	2. 介護支援専門員
	(複数選択可)	3. 介護職員 4. 生活相談員
		4. 生活性談員
		1. 全ての入所者について記録している
	記録状況	2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない
		4. その他 ()
③既往歴		1. 全くない 2. あまりない
	情報を収集する負担感	2. めまりない 3. どちらともいえない
	(5段階評価)	4. ややある
	記録している場合、以	5. とてもある 下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい
	ない」を選択した場合は	は回答不要)
		1. 看護師
	記録している者	2. 介護支援専門員 3. 介護職員
	(複数選択可)	4. 生活相談員
		5. その他職種

		1. 全ての入所者について記録している
	記録状況	2. 必要性のある入所者について記録している
	古匚亚水1人/兀	3. 記録していない
		4. その他 ()
		1. 全くない
		2. あまりない
	情報を収集する負担感	3. どちらともいえない
4)栄養状態	(5段階評価)	4. ややある
一个良八点		5. とてもある
	記録している場合し	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい
	ない」を選択した場合は	
	なりを選択した場合は	
		1. 看護師
	記録している者	2. 介護支援専門員
	(複数選択可)	3. 介護職員
	(123025)(1-1)	4. 生活相談員
		5. その他職種
		1. 全ての入所者について記録している
	記録状況	2. 必要性のある入所者について記録している
	古山東水イ人ノル	3. 記録していない
		4. その他 ()
		1. 全くない
		2. あまりない
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	3. どちらともいえない
⑤過去3ヶ月の		4. ややある
入院の有無		5. とてもある
) (1900) 13 VIII	記録している場合、以	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい
	ない」を選択した場合は	
		1. 看護師
		2. 介護支援専門員
	記録している者	3. 介護職員
	(複数選択可)	4. 生活相談員
		5. その他職種
		1. 全ての入所者について記録している
		2. 必要性のある入所者について記録している
	記録状況	3. 記録していない
		4. その他()
		1. 全くない
		2. あまりない
	情報を収集する負担感	3. どちらともいえない
⑥過去3ヶ月の	(5段階評価)	4. ややある
O		5. とてもある
骨折の有無	記録している場合 以	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい
	しない」を選択した場合に	
	- SO JEZINOIE SI II	1. 看護師
		2. 介護支援専門員
	記録している者	2. 月度又拨号 1頁 3. 介護職員
	(複数選択可)	
		4. 生活相談員
		5. その他職種
		1. 全ての入所者について記録している
	記録状況	2. 必要性のある入所者について記録している
		3. 記録していない
⑦過去3ヶ月の		4. その他 ()
転倒の有無		1. 全くない
120 137111	情報を収集する負担感	2. あまりない
	(5段階評価)	3. どちらともいえない
		4. ややある
		5. とてもある

	記録している場合、以ない」を選択した場合は	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者(複数選択可)	 看護師 介護支援専門員 介護職員 生活相談員 その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
⑧誤嚥性肺炎の 既往の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	記録している場合、以ない」を選択した場合は	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者 (複数選択可)	1. 看護師2. 介護支援専門員3. 介護職員4. 生活相談員5. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
9褥瘡の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合は	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者 (複数選択可)	1. 看護師2. 介護支援専門員3. 介護職員4. 生活相談員5. その他職種
2. 日常生活動作	E(ADL)の評価について	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)		1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他() 5. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)		1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項	目についてお伺いします	「。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)
(3) 項目の評価状	· 沈	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他(

	評価を行う者(複数選択可)	 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護支援専門員 介護職員 生活相談員 その他職種() 				
3.	手段的日常生活動作(IADL)の評価I	こついてお伺いします。				
(1)	主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他() 4. 評価していない				
(2)	上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある				
(1)	で選択した項目についてお伺いします	。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)				
(3)	項目の評価状況	 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している その他(
(4)	評価を行う者(複数選択可)	 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護支援専門員 介護職員 生活相談員 その他職種() 				
4.	認知機能の評価についてお伺いします	-				
	主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini-Mental State Examination) 4. MOCA-j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community — based Integrated Care System-21 items) 7. その他(8. 評価していない				
(2)	上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある				
(1)	(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)					
(3)	項目の評価状況	 全ての入所者について評価している 必要性のある入所者について評価している その他() 				
(4)	評価を行う者(複数選択可)	 医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護支援専門員 介護職員 生活相談員 その他職種() 				

15. 宋春状態の評価についてお何いします。	5. 栄養状態の評価についてお伺いします。						
1. 全ての入所者について計算している							
2 心亜性のあるる所子について計算している							
(1) 必要栄養量の計算 2. 必要性のある人所有に がく 計算している 3. 計算していない							
4. その他()						
Lang 1 0 1 1 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル)							
上記で「1. 全ての入所者について計 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 2. 企事でいる」「2. 必要性のある入所者 2. 金恵で言いる」「2. 必要性のある入所者 2. 金恵で言いるだけにより、							
について計算 ている」を選択した提 3.良事ハフノ人ハイトフィノ							
本 田(ス) スミュ(西本注(海粉同文司) 4. 必安エイルヤー重(基礎代謝重×活動係数×障害係数)							
5. その他()						
1. BMI							
2. 体重減少率 (2) 主に使用しているアセスメント様式以 3. 血清アルブミン値							
5. <u>m/</u> /// / / / / / / / / / / / / / / / / /							
外に、栄養状態のアセスメントを実施 4. 食事摂取量							
する際に主として使用している項目 5. 栄養補給法							
(1つだけにO) 6. 褥瘡の有無	`						
7. その他 (8. 評価していない	,						
1. 全くない							
2 5±1/t/21							
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する 3. どちらともいえない							
負担感(5段階評価) 4. ややある							
5. とてもある							
(2)で選択した項目についてお伺いします。(上記(2)で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要	ī)						
1. 全ての入所者について評価している							
1. 宝での人所有について評価している (4) 項目の評価状況 2. 必要性のある入所者について評価している							
2. 必要性のある人が有に 200 合計画 200 合計)						
1. 医師							
2. 看護師							
3. 言語聴覚士							
4. 管理栄養士							
(5) 評価を行う者(複数選択可) 5. 栄養士							
6. 介護支援専門員							
7. 介護職員							
8. 生活相談員							
9. その他職種 ()						
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。							
1. 全ての入所者について把握している							
(1) 歯の状況の把握							
3. 把握していない							
4. その他()						
1. 健全歯の本数							
上記で「1.全ての入所者について把 2.未処置歯の本数							
握している」「2. 必要性のある入所者 3. 補綴の状況(義歯の有無など)							
について把握している」を選択した場 4. 歯列の状況							
合、評価項目 5. 咬合の状況 6. 施内出血							
(複数回答可) 6. 歯肉出血 7. その他(,						
1. 歯科医師	,						
2 毛羅師							
上記で「一生での人所名について把 2 端料衛圧+							
操している」2. 必要性のある人所有 A 企業支援専門昌							
「こういく把握している」を選択した場 5 介護職員							
一 合、評価を行う者(複数選択可) 6. 生活相談員							
7. その他職種 ()						

	1. 全ての入所者について評価している				
(2) 嚥下機能の評価	2. 必要性のある入所者について評価している				
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3. 評価していない				
しむでは 人ての 1 町老について部	4. その他 ()				
上記で「1.全ての入所者について評	1. 水飲みテスト				
価している」「2. 必要性のある入所者	2. 頸部聴診法				
について評価している」を選択した場合。評価大法	3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査				
合、評価方法	4. 嚥下追診便宜 5. その他(
(複数回答可)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
上記で「1.全ての入所者について評	1. 全くない				
価している」「2. 必要性のある入所者	2. あまりない				
について評価している」を選択した場合	3. どちらともいえない				
合、情報を収集する負担感(5段階評	4. ややある 5. とてもある				
(価)	1. RSST				
(3) 主に使用しているアセスメント様式以	1. R551 2. フードテスト				
外に、口腔機能のアセスメントを実施	2. フードナスト 3. オーラルディアドコキネシス				
する際に主として使用している項目	0. オープルティテーコー・インス 4. アイヒナー分類				
(1つだけに〇)	5. その他()				
(1)[:1](0)	6. 評価していない				
	1. 全くない				
(4) 上記(3)で選択した情報を収集する	2. あまりない				
負担感(5段階評価)	3. どちらともいえない				
・	4. ややある				
	5. とてもある				
(3)で選択した項目についてお伺いします。(上記(3)で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要)					
(-) -T =T	1. 全ての入所者について評価している				
(5) 項目の評価状況	2. 必要性のある入所者について評価している				
	3. その他()				
	1. 医師				
	2. 歯科医師				
	3. 看護師				
	4. 理学療法士				
	5. 作業療法士				
(a) 元(本 (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***) *** (* ***)	6. 言語聴覚士				
(6) 評価を行う者(複数選択可)	7. 歯科衛生士				
	8. 管理栄養士				
	9. 栄養士				
	10. 介護支援専門員 11. 介護職員				
	12. 生活相談員 13. その他職種(
7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺い					
/. ファオしこもりの評価についてお何し					
	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA)				
(1) さに体田しているマセスかり様子い	2. 保华人品证例面(SCTA) 3. WAB失語症検査日本語版				
(1) 主に使用しているアセスメント様式以	6. VVADス品が保証している。 4. 高齢者うつ尺度(GDI)				
外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを	5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL)				
実施する際に主として使用している項	6. SF-36·SF-12·SF-8				
目(1つだけに〇)	7. Vitality Index				
	8. その他()				
	9. 評価していない				
	1. 全くない				
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する	2. あまりない 3. どちらともいえない				
負担感(5段階評価)	3. とららともいえない 4. ややある				
	5. とてもある				
(1)で選択した項目についてお伺いします	「。(上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要)				
1. 全ての入所者について評価している					
(3) 項目の評価状況	1. 宝での人が音について計画している 2. 必要性のある入所者について評価している				
(C) ALIVITIMINO	2. 必安性ののの気が指について計画している				

	資料2(別紙1-3)					
(4) 評価を行う者(複数選択可)	 医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護支援専門員 介護職員 生活相談員 その他職種(
8. 介護負担の評価についてお伺いします。						
(1) 介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他()					
上記で「1.全ての入所者について評価 している」「2. 必要性のある入所者に ついて評価している」を選択した場合、 評価の方法(複数回答可)	1. Zarit介護負担尺度を用いての評価 2. BIC-11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価 3. その他の尺度を用いての評価() 4. 尺度は用いないでの評価 5. その他()					
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容(複数回答可)	1. 精神的負担感(介護によるストレス等) 2. 身体的負担感(肉体的な介護疲れ、睡眠障害等) 3. 環境要因による負担感(介護者の住まいが遠方、経済的負担等) 4. その他(

問7. 「入所中」 における入所者の心身状態等に関する記録の状況 ※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。							
1. 基本情報の記録についてお伺いします。							
(1) 基本情報の記録状況							
3 □ □	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()					
①身長	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他 					
@# *	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()					
②体重	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他 					
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()					
③既往歴	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他 					

④栄養状態	記録状況 上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 () 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入院の有無	記録状況 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 必	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回	
	要性のある入所者について定期 的に記録している」を選択した場 合、記録の頻度	4. 概ね1年に1回 5. その他	
⑥骨折の発生の有	記録状況	3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 期 4. 概ね1年に1回 5. その他 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 期 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他() 1. 全ての入所者について定期的に記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について定期的に記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 概ね月1回	
無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 概ね3ヶ月に1回 概ね半年に1回 概ね1年に1回 その他 	
⑦転倒の発生の有	記録状況	2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()	
無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他	
⑧誤嚥性肺炎の発	記録状況	2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()	
生の有無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	 概ね3ヶ月に1回 概ね半年に1回 概ね1年に1回 その他 	
⑨褥瘡の発生の有 無	記録状況	2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()	
	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	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	

2 日堂生活動作(ADL)(の記録についてお伺いします	t.
(1) 日常生活や運動器機能 ※問6.2.(1)で選択した項目	の記録の状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
	「者について定期的に記録し ある入所者について定期的 こした場合、記録の頻度	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. その他
3. 手段的日常生活動作(IADL)の記録についてお何	いします。
(1) 日常生活や運動器機能 ※問6.3.(1)で選択した項目		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 (
	「者について定期的に記録し ある入所者について定期的 こした場合、記録の頻度	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. その他
4. 認知機能の記録につい	ヽてお伺いします。	
(1) 認知機能の記録の収集 ※問6.4.(1)で選択した項目		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 概ね月1回
ている」「2. 必要性の に記録している」を選択		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. その他
5. 栄養状態の記録につい	いてお伺いします。	
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
(1)必要栄養量	上記で「1.全ての入所者 について定期的に記録して いる」「2.必要性のある入 所者について定期的に記 録している」を選択した場 合、記録の頻度	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. その他
(2) 栄養状態のアセスメント	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
※問6.5.(2)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
6. 口腔機能の記録につい	ヽてお伺いします。	
(1) 歯の状況の把握	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(

		負付と (別似 1 - 5 /
	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(2) 嚥下機能の記録	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
(3) 口腔機能の アセスメント	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
※問6.6.(3)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
7. うつ・閉じこもりの記録 (1) うつ・閉じこもりの記録 ※問6.7.(1)で選択した項目	の状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
	「者について定期的に記録し ある入所者について定期的 こした場合、記録の頻度	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. その他

問8. 入所時・入所中に収集・評価した記録(問6・問7)の保管 各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に〇を付けてください。(複数選択可) ※入力項目は問6・問7で選択した項目について回答してください。

		記録媒体				
		介護 ソフト	紙	介護ソフト 以外の電 子化され た様式(Of fice ソフト等)	その他	
	1.入所者の基本情報について	1	2	3	4	
	2.日常生活動作(ADL)の評価・記録について	1	2	3	4	
7	3.手段的日常生活動作(IADL)の評価・記録に	1	2	3	4	
力	ついて					
入力項目	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4	
日	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4	
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4	
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4	

問9. 退所時における入所者に関する記録の状況	
(1) 転帰(死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等)の 記録の有無	 記録している 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

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 【介護老人福祉施設・利用者票(案)】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、**当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方** がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、<u>記入</u> 要領の P.O O をご参照ください。
- ・ <u>問1~5共通として</u>特に指定の無い限り、<u>記載日時点における状況をアセスメントした結果について</u> ご回答下さい。
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで〇印をお付け下さい。
- ・ ()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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成30年●月●日(●)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 :0120-380-641(平日10:00~17:00) ②お問合せの際に、調査名をお伝え下さい②

FAX:03-6826-5060(24時間受付)

E-mail: ● ● ● @ ● ● . ● ● . ● ●

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報		
(1)基礎資格 ※保有している資格を全て選択 してください。	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護護師 5.准子宗法士 7.作語時 8.言語科士 10.栄養生士 10.栄養生士 11.管護支援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してく ださい ()
(2)資格ありの場合、経験年数	()年	

問2. 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()年	F()月()日		
(1)性別	1.男性			2.女性	
(2)年齢	()歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要 <i>1</i> 6.申記		3.要介護3	4.要介護4
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2. I 7.IV	3. II a 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5. Ⅲ a
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2	5.A2 10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成()年	F()月			
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年	F()月			

問3. 利用者の状 記載日時点におり		₩ 入方法については、記入要領	道を確認ください。
	入浴		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
(1)ADL の状況	排泄	排尿	3.対象外 1.自分で行 2.自分で行っ (バルーンカテーテル等 っている ていない を使用もしくは自己導尿 の場合)
		排便	1.自分で行2.自分で行っ3.対象外っているていない(人工肛門等の場合)
	食事摂取		1.自分で行 2.自分で行っ3.対象外 (経管栄養・経静脈栄養 等の場合)
	更大·	上衣	1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	更衣 下衣		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	個人衛生(洗剤	·整髪)	1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	寝返り		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
(a) # + ##/	座位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
(2)基本動作	座位での乗り移り		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	立位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	尿失禁		1.あり 2.なし 3.対象外
(3)排泄の状況	便失禁		1.あり 2.なし 3.対象外
	バルーンカテ-	ーテルの使用	1.あり 2.なし
	食事の回数		()回
(4)食事の状況	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 · 小食 · その他 (2.問題なし
(5)視力の状況			1.問題あり 2.問題なし

		ı		資料2(別紙1-4)	
	服薬状況	1.薬を飲	んでいる	2.薬を飲んでいない	
(6)薬の状況	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤		7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類 を記載してください () 9.不明	
	飲んでいる場合の薬の種類数	()種	類		
	義歯の有無	1.あり		2.なし	
(7)歯の状態	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で	行っている	2.自分で行っていない	
(8)過去3か月間の	入院の有無	1.あり		2.なし	
(9)過去3か月間の	在宅復帰の有無	1.あり		2.なし	
(10)過去3か月間の		1.あり		2.なし	
(11)過去3か月以内		1.はい	2.いいえ	3.不明	
(12)過去3か月以内	引に 37.5 度以上の発熱がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(13)過去3か月以内	マストリス としましたか。	1.はい	2.いいえ	3.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。		1.はい	2.いいえ 3.	4.対象外 不明 (経管栄養・経静脈 栄養等の場合)	
(15)(介護に注意が	「必要な)摂食困難な状況がありますか。	1.はい	2.いいえ 3.	4.対象外 不明 (経管栄養・経静脈 栄養等の場合)	
(16)過去3か月以内	引に脱水状態になったことはありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(17)過去3か月以内	別に褥瘡の既往がありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	自分の名前がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(18)見当識	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(10)兄当郎	どこにいるかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	簡単な指示を理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(19)コミュニケー	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。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
ション	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブル なくにコミュニケーションが取れていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	意識障害がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(00) =3/cn+06/4F	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(20)認知機能	簡単な計算はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	時間管理はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	

	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(21)周辺症状	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.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。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22)步行移動	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
※介助せずに 行っているか をご記入くださ い。	公共交通機関を利用して外出をしていますか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的なり 称を記載して・		5.移動に器具は用いてい ない 6.不明

23)問3. 利用者の状態に関する情報(1)~(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による 記載日時点における状況	評価		
	該当する点数を右側の行に記入してください。		
(1)食事	10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0:全介助	()点
(2)車椅子からベッドへの 移動	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10: 軽度の部分介助または監視を要する 5: 座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0: 全介助または不可能	()点
(3)整容	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0:部分介助または不可能	()点
(4)トイレ動作	10:自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0:全介助または不可能	()点
(5)入浴	5:自立 0:部分介助または不可能	()点
(6)歩行	15:45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない 10:45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5:歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 0:上記以外	()点
(7)階段昇降	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する 0:不能	()点
(8)着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0: 上記以外	()点
(9)排便コントロール	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	()点
(10)排尿コントロール	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む O:上記以外	()点

BBS SIM/Sum	stional Indones	dence Measure)(3	・トスシンの		
同5. FIM(Fund 記載日時点に		dence Measure/ -	-よる評価		
	317-6400		1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		食事	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		~,	7.完全自立		
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		整容	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		
		: ≠ 4- 4	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		清拭	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
	セルフケア	+	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		更衣	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		(上半身)	7.完全自立		
		更衣	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		(下半身)	7.完全自立		
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		トイレ	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
(1)運動項目		排尿	1.至分助 4.最小介助	2.取入介助 5.監視	3.中寺度介助 6.修正自立
		コントロール	7. 完全自立	J. <u>⊞</u> / 元	0.廖正日立
	排泄	排便	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		排門	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		コントロール	7.完全自立		
		ベッド、椅子、	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		車椅子	7.完全自立		
	70-7		1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	移乗	トイレ	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
			7.元王日立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		浴槽・シャワー	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		7016 2 ()	7.完全自立	0. <u>mr</u> 150	0.11 <i>y</i> 222 24 25
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		步行·車椅子	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	移動		7.完全自立		- 1 Mr - A BI
	15-43	ntken.	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		階段	│ 4.最小介助 │ 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
		TELATI	7.元王日立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		理解	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	コミュニケー	(聴覚・視覚)	7.完全自立	— -	·- —
	ション	表出	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		(音声・非音声)	7.完全自立		- 1
(O) = 1/2 T		社会的	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
(2)認知項目		交流	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		~//ic	7.完全自立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	社会認識	問題解決	1 至	2.取入开助 5.監視	3.中等度升助 6.修正自立
	工工的内积	中水型行行人	7. 完全自立	الرا بسر ا	∪. ∌⊥□⊥
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		記憶	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		
			-		

■■■ご協力ありがとうございました■■■

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 【介護医療院・施設票(案)】

■記入にあたってのご注意

- この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- 特に指定の無い限り、平成 30 年 10 月3日(水)現在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つを選んで〇印をお付け下さい。
-)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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成●年●月●日(●)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

問1. 基本情報

(1)開設年

「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:0120-380-641(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: ● ● ● @ ● ● . ● ● . ● ●

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

(

)年(

)月

(2)5	定員数	ζ		()人				
問2.	貴法	人力	「提供している	サービス	および貴	施設に併設す	されてし	るサ	· ー ビス
X (1)貴注	去人	が提供している	るサービス	ス、(2)貴	施設に併設る	されてし	るサ	ービスとして該当するもの全てに口を
付け	てくた	ささい	6						
ЖZ.	こで「	併設	サービス」とに	は、貴施語	と同一期	女地内もしくは	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	スのこ	ことを言います	-					
(1)	(2)	■月	居宅サービス				(1)	(2)	■施設サービス
		1.							20. 介護老人福祉施設
			訪問入浴						21. 介護老人保健施設
			訪問看護						22介護療養型医療施設
			訪問リハビリ	ノテーショ	ン		I _	_	■医療サービス
			通所介護	、					23. 病院
			通所リハビリ						24. 診療所(在宅療養支援診療所)
			短期入所生						25. 診療所(在宅療養支援診療所
		8. 9.	特定施設入 福祉用具貸		が護				以外) ■その他
	H		居宅介護支						■ての他 26. サービス付き高齢者向け住宅
	ш		西七月歳又1 也域密着型サ						20. ケーピストラと同野石 円 17 日七
			定期巡回・随		りま問介	崔砉謹	ΙÄ	H	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホ
			夜間対応型			Z = 11Z		_	ーム(ケアハウス A、B)
			認知症対応						29. 旧高齢者専用賃貸住宅
			小規模多機						30. 地域包括支援センター
			認知症対応						(在宅介護支援センター)
		16.	地域密着型:	特定施設	入居者生	活介護			
			地域密着型						31. 特になし
			看護小規模						
		19.	地域密着型	通所介護					

問3. 職員体制 平成30年10月3日(水)に在籍していた職員数(実人数) ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。 ※該当者がいない場合は0を記入してください。						
				(1)常勤		(2)非常勤
(1)職員の総数			()人	()人
①医師			()人	()人
②歯科医師			()人	()人
③薬剤師			()人	()人
④看護師			()人	()人
⑤准看護師			()人	()人
⑥理学療法士			()人	()人
⑦作業療法士			()人	()人
8言語聴覚士			()人	()人
9歯科衛生士			()人	()人
⑩栄養士			()人	()人
⑪うち、管理栄養	±		()人	()人
⑫介護支援専門員			()人	()人
③介護福祉士)人	()人
④その他の介護職員)人	()人
⑤その他の職員)人	()人
(2)派遣職員の人数	介護職員	看護職	战 員	事務職員		その他の職員
(2)が追戦員の人数	()人	()人	().	人	()人

	トジメントの実施 ^に の褥瘡の発生と関	状況 連のあるリスクの評価						
	:の褥瘡の発生と るリスクの評価を いるか	 全ての入所者につい 必要性のある入所者 実施していない → その他(行って	いて実施してい	る → 以 だ	に下の(2)~(4) さい		
	している内容 (回答可)	T. COPIE (2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.	基本動作能力 病的骨突出 関節 対態 等 子 等 所失禁 便 度膚の 脆弱性(次 事 の 脱弱性(な 事 の た の た の た の た の た く た く た の た の た の た	浮腫) スキン ー う	テアの保有、既行	主))
(3)評価(複数	の職種 四答可)		2. 3. 4.	医師 看護職員 介護支援専門員 介護職員 その他の職員)
(4)評価(の頻度		2. 3. 4. 5. 6.	前年度 入所時のみ 1ヶ月に1回程度 2ヶ月に1回程度 3ヶ月に1回程度 3ヶ月以上に1回 不定期 その他	支	今年 1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1 3. 2ヶ月に1 4. 3ヶ月に1 5. 3ヶ月以上 6. 不定期 7. その他	分 回程度 回程度 回程度	Ŧ
2. 褥瘡ケア計	画の作成							
(1)褥瘡ケア計		1. 全ての入所者につい 2. 必要性のある入所者に 3. 実施していない → 4. その他 (こつし 5.に	rて実施している 進んでください) → 5.1	→ 以下の こ進んでく	D(2)~(5)に回 ださい	答してくたさ	
	ケア計画への記載 (回答可)	内容	2. 3. 4. 5. 6. 7.	上記「問4.1.(褥瘡の状態の評 ベッド上の圧迫、 散寝具、頭部学、 イス上の圧迫、 散寝具、頭部学、 スキンケア 栄養状態改善 リハビリテーショ その他(評価 、ズレカの 上方法、耳 ズレカの打 上方法、耳)排除 (体位3 車椅子姿勢保持 非除 (体位変	変換、体圧: 等) :換、体圧分	
	ケア計画を作成す 回答可)	る際の参加職種	2. 3. 4.	医師 看護職員 介護支援専門員 介護職員 その他の職員)
して	いるか	容を褥瘡ケア計画へ反映		反映している 反映していない				
	ケア計画について 跡の有無	、入所者・家族への説明		説明している 説明していない				

3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネ	ジメントの実施	
(1)褥瘡ケアにおいて記録している情	報(複数回答可)	 1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他()
(2)褥瘡マネジメントの記録頻度		 7. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他
(3)褥瘡予防マットレスの使用の有無		1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください
(4) 上記で「2. 使用してい場合、その理由 (複数回答可)	いない」を選択した	1. 効果を感じないため 2. 適切な使用方法が分からないため 3. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 4. 高価であるため 5. 入所者が使用したがらないため 6. その他()
4. 褥瘡ケア計画の見直し		
(1)褥瘡ケア計画の見直し	2. 必要性のある	こついて実施している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 、所者について実施している → 以下の(2)~(3)に回答 してください → 5.に進んでください) → 5.に進んでください
(2)見直しをする際の参加職種 (複数回答可)		1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員()
(3)見直しの頻度		1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他
5. 褥瘡が発生した場合の対応	4	
(1)褥瘡のステージの記録	2. 必要性のある力	TOいて記録している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 、所者について記録している → 以下の(2)~(3)に回答 してください → 以下の(3)に回答してください) → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1.全ての入所者」 る」、「2.必要性のある入所者」 る」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)	こついて記録してい	1. NPUAP分類 2. DESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他()

(3)褥瘡が発生した際の医療機関との連携	1. 定期的に医師が診察している 2. 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 3. 医師は診察していない
	4. その他 ()
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1)褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)~(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2)上記で「1. ある」を選択した場合、 どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 ()
(3)上記で「1. ある」を選択した場合、周知・共有方 法 (複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他(
(4)上記で「1. ある」を選択した場合、内容の見直しの実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5)上記で「2. なし」を選択した場合、整備していない理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足 している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他()
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1)褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1. ある」を選択した場合、どのような研修を行っているか(複数回答可)	3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他()
(3)上記で「2. なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他()
8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1) 褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を 限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合 も含みます。	 設置している → 以下の(2)~(3)に回答して ください 設置していない → 9.に進んでください
(2)上記で「1. 設置している」を選択した場合、褥瘡 ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 ()
(3)上記で「1. 設置している」を選択した場合、検討 事項の職員への周知方法 (複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他(
9. その他	1 中康铝库 2011年
(1)貴施設における褥瘡の定義	 皮膚損傷・発赤なし 持続する発赤 真皮までの損傷 皮下組織までの損傷 皮下組織を超える損傷 関節腔、体腔に至る損傷 その他()
(2) 貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日~9月30日の6ヶ月間)	()人
(3)上記「(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数」のうち、褥瘡が原因で入院した人数	()人

「入所時」 における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況 ※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。 1. 基本情報の記録についてお伺いします。 1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 (1) 主に使用しているアセスメント様式 3. MDS方式·MDS-HC方式 (1つだけに0) 4. ICFステージング(R4) 5. その他((2) 基本情報の記録状況 1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(1. 全くない 2. あまりない 情報を収集する負担感 3. どちらともいえない (5段階評価) (1)身長 4. ややある 5. とてもある 記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい ない」を選択した場合は回答不要) 1. 看護師 2. 介護支援専門員 記録している者 3. 介護職員 (複数選択可) 4. その他職種1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(1. 全くない 2. あまりない 情報を収集する負担感 3. どちらともいえない (5段階評価) 2)体重 4. ややある 5. とてもある 記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい ない」を選択した場合は回答不要) 1. 看護師 記録している者 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 (複数選択可) 4. その他職種 1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(1. 全くない 2. あまりない 情報を収集する負担感 3. どちらともいえない (5段階評価) 4. ややある 3既往歴 5. とてもある 記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい ない」を選択した場合は回答不要) 1. 看護師 記録している者 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 (複数選択可) 4. その他職種 1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 記録状況 3. 記録していない 4. その他(4)栄養状態 1. 全くない 2. あまりない 情報を収集する負担感 3. どちらともいえない (5段階評価) 4. ややある 5. とてもある

		資料2(別紙1-5)
	記録している場合、以ない」を選択した場合は	
	記録している者(複数選択可)	1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. その他職種 4. その他職種 4. まままままままままままままままままままままままままままままままままま
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
⑤過去3ヶ月の 入院の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合は	・ 下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者 (複数選択可)	1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
⑥過去3ヶ月の 骨折の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合は	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	記録している者 (複数選択可)	 1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
⑦過去3ヶ月の 転倒の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合は	
	記録している者 (複数選択可)	1. 看護師 2. 介護支援専門員 3. 介護職員 4. その他職種
	記録状況	1. 全ての入所者について記録している 2. 必要性のある入所者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
⑧誤嚥性肺炎の 既往の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい

	 記録している者	1. 看護師 2. 介護支援専門員
	(複数選択可)	2.
	(1)友致以益別(中]/	4. その他職種
		1. 全ての入所者について記録している
	=¬¢⊒√±∴⊓	2. 必要性のある入所者について記録している
	記録状況	3. 記録していない
		4. その他()
		1. 全くない
	情報を収集する負担感	2. あまりない
	(5段階評価)	3. どちらともいえない
9褥瘡の有無		4. ややある
	=1/21 -1.7 II A INI	5. とてもある
	記録している場合、以 ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい t回答不要)
	-50] <u>EZI</u> /(O/E-3) <u>E</u> 10	1. 看護師
	記録している者	1. 有限的 2. 介護支援専門員
	(複数選択可)	3. 介護職員
	(1909)(1917)	4. その他職種
2. 日常生活動作	- F(ADL)の評価について	• 1-111
		1. Barthel Index
	いるアセスメント様式以	2. FIM
	活や運動器機能のアセ	3. Katz index
	施する際に主として使用	4. その他 ()
している項目	(1つだけに0)	5. 評価していない
		1. 全くない
(0) L=1(1)-53	引口しょ (本地大) (内住士ス	2. あまりない
	選択した情報を収集する	3. どちらともいえない
負担感(5段	P省部1四)	4. ややある
		5. とてもある
(1)で選択した項	目についてお伺いします	「。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)
		1. 全ての入所者について評価している
(3) 項目の評価が	況	2. 必要性のある入所者について評価している
		3. その他 ()
		1. 看護師
		2. 理学療法士
		3. 作業療法士
(4) 評価を行う者	(複数選択可)	4. 言語聴覚士
		5. 介護支援専門員
		6. 介護職員
	->	7. その他職種()
3. 手段的日常生	E活動作(IADL)の評価I	こついてお何いします。
(1) 主に使用して	いるアセスメント様式以	1. Lawton index
	活や運動器機能のアセ	1. Lawton Index 2. 老研式活動能力指標
	施する際に主として使用	3. その他()
	(1つだけに0)	4. 評価していない
O CV U-RII		 1. 全くない
(0) [=7(1)=13	2.10 1 k=+0.4 - 44 1-3	1. 主くない 2. あまりない
		3. どちらともいえない
負担感(5段	(皆) () () () () () () () () ()	4. ややある
		5. とてもある
(1)で選択した項	目についてお伺いします	。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)
		1. 全ての入所者について評価している
(3) 項目の評価状	況	2. 必要性のある入所者について評価している
		3. その他()
		<u> </u>

(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. その他職種()
4. 認知機能の評価についてお伺いしません。 (1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに〇)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini-Mental State Examination) 4. MOCA-j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community — based Integrated Care System-21 items) 7. その他(8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします	。(上記(1)で「8 評価していない」を選択した場合は回答不要)
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	 医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護支援専門員 介護職員 その他職種()
5. 栄養状態の評価についてお伺いします	<i>ŧ</i> 。
(1)必要栄養量の計算 	1. 全ての入所者について計算している 2. 必要性のある入所者について計算している 3. 計算していない 4. その他()
上記で「1.全ての入所者について計算している」「2.必要性のある入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他()
(2) 主に使用しているアセスメント様式以 外に、栄養状態のアセスメントを実施 する際に主として使用している項目 (1つだけに〇)	1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他(8. 評価していない
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある

(2)で選択した項目についてお伺いします	-。(上記(2)で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要)
	1. 全ての入所者について評価している
(4) 項目の評価状況	2. 必要性のある入所者について評価している
	3. その他(
	2. 看護師
	3. 言語聴覚士
 (5) 評価を行う者(複数選択可)	4. 管理栄養士
	5. 栄養士
	6. 介護支援専門員 7. 介護職員
	7. 万段報長 8. その他職種 (
6. 口腔機能の評価についてお伺いしまっ	・ す。
	1. 全ての入所者について把握している
(1) 歯の状況の把握	2. 必要性のある入所者について把握している
	3. 把握していない 4. その他(
	4. その他(
上記で「1. 全ての入所者について把	1. 陸主国の不致 2. 未処置歯の本数
握している」「2. 必要性のある入所者	3. 補綴の状況(義歯の有無など)
について把握している」を選択した場	4. 歯列の状況
	5. 咬合の状況
	6. 歯肉出血 7. その他(
上記で「1. 全ての入所者について把	2. 看護師
握している」「2. 必要性のある入所者	3. 歯科衛生士
について把握している」を選択した場合、評価を行う者(複数選択可)	4. 介護支援専門員 5. 介護職員
	5. 介護職員 6. その他職種(
	1. 全ての入所者について評価している
 (2) 嚥下機能の評価	2. 必要性のある入所者について評価している
(2) Six 1 Dence 71 Im	3. 評価していない
上記で「1.全ての入所者について評	4. その他() 1. 水飲みテスト
価している」「2. 必要性のある入所者	1. 小飲みデスト 2. 頸部聴診法
について評価している」を選択した場	3. 嚥下内視鏡検査
合、評価方法	4. 嚥下造影検査 5. その他(
(複数回答可)	
上記で「1.全ての入所者について評価している」「2.必要性のある入所者	1. 全くない 2. あまりない
について評価している」を選択した場	3. どちらともいえない
合、情報を収集する負担感(5段階評	4. ややある
(価)	5. とてもある
(3) 主に使用しているアセスメント様式以	1. RSST 2. フードテスト
外に、口腔機能のアセスメントを実施	3. オーラルディアドコキネシス
する際に主として使用している項目	4. アイヒナー分類
(1つだけに0)	5. その他(6. 評価していない
	1. 全くない
(4) 上記(3)で選択した情報を収集する	2. あまりない
負担感(5段階評価)	3. どちらともいえない 4. ややある
	5. とてもある
(3)で選択した項目についてお伺いします	。(上記(3)で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要)
 (5) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している
	2. 必要性のある人所有に パパミ計画している 3. その他(

(6) 評価を行う者(複数選択可)	 医師 歯科医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 歯科衛生士 管理栄養士 介護支援専門員 介護職員 その他職種())
7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺い	します。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに○)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他(9. 評価していない)
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある	
(1)で選択した項目についてお伺いします	「。(上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. その他職種()
8. 介護負担の評価についてお伺いします	0	
(1)介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 必要性のある入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他()
上記で「1.全ての入所者について評価 している」「2. 必要性のある入所者に ついて評価している」を選択した場合、	1. Zarit介護負担尺度を用いての評価 2. BICー11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価)
評価の方法(複数回答可)	3. その他の尺度を用いての評価 (4. 尺度は用いないでの評価 5. その他 (1. 精神的負担感(介護によるストレス等)	,)

問6. 「入所中」 における入所者の心身状態等に関する記録の状況 ※<u>貴施設における方針として</u>どのように実施しているかについてお答えください。 1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 基本情報の記録	歌についてお何いします。 製犬況	
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
①身長	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
⊘/+ ∓	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
②体重	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
③既往歴	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
©M;⊞i <u>E</u>	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
④栄養状態	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
4)术食(八恋	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
⑤入院の有無	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑥骨折の発生の有 無	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()

	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
⑦転倒の発生の有	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
無 	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
⑧誤嚥性肺炎の	記録状況	全ての入所者について定期的に記録している 必要性のある入所者について定期的に記録している 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 記録していない その他(かから、その他() はいます。 はいまする。 はいます。 はいまする。 はいます。 はいまする。 はいまする。
発生の有無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	 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 その他
9褥瘡の発生の有	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
無	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	 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 その他
2. 日常生活動作(ADL)の記録についてお伺いします	
	が器機能の記録の状況 た項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()
ている」「2. 必	ての入所者について定期的に記録し 要性のある入所者について定期的 」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
3. 手段的日常生活	f動作(IADL)の記録についてお何	
	助器機能の記録の状況 た項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
ている」「2. 必 に記録している	この入所者について定期的に記録し 要性のある入所者について定期的 」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
4. 認知機能の記録	縁についてお伺いします。	
(1) 認知機能の記録 ※問5.4.(1)で選択し	录の収集状況 た項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()

		具件と (別紙 1 一 5 /
	「者について定期的に記録し ある入所者について定期的 にした場合、記録の頻度	 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 その他
5. 栄養状態の記録につい	いてお伺いします。	
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(1)必要栄養量	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
(2) 栄養状態の アセスメント	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
※問5.5.(2)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
6. 口腔機能の記録につい	ヽてお伺いします。	
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(1)歯の状況の把握	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(2) 嚥下機能の記録	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
(3) 口腔機能のアセスメント	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
※問5.6.(3)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての入所者について定期的に記録している」「2.必要性のある入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他

7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 必要性のある入所者について定期的に記録している (1) うつ・閉じこもりの記録の状況 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している ※問5.7.(1)で選択した項目について回答してください。 4. 記録していない その他(概ね月1回 1. (2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録し 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 ている」「2. 必要性のある入所者について定期的 4. 概ね1年に1回 に記録している」を選択した場合、記録の頻度 5. その他

問7. 入所時・入所中に収集・評価した記録(問5・問6)の保管 各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に〇を付けてください。(複数選択可) ※入力項目は問5・問6で選択した項目について回答してください。

			記録	媒体	
		介護 ソフト	紙	介護ソフト 以外の電 子化され た様式(Of fice ソフト等)	その他
	1.入所者の基本情報について	1	2	3	4
	2.日常生活動作(ADL)の評価・記録について	1	2	3	4
7	3.手段的日常生活動作(IADL)の評価・記録に	1	2	3	4
力	ついて				
入力項目	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4
目	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4

問8. 退所時における入所者に関する記録の状況 (1) 転帰(死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等)の 記録の有無 1. 記録している 2. 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

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 【介護医療院・利用者票(案)】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、<u>当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方</u>がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、<u>記入</u> 要領の P.O O をご参照ください。
- ・ <u>問1~5共通として</u>特に指定の無い限り、<u>記載日時点における状況をアセスメントした結果について</u> ご回答下さい。
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで〇印をお付け下さい。
- ・ ()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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成30年●月●日(●)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:0120-380-641(平日10:00~17:00) ②お問合せの際に、調査名をお伝え下さい②

FAX:03-6826-5060(24時間受付)

E-mail: ● ● @ ● ● . ● ● . ● ●

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報		
(1)基礎資格 ※保有している資格を全て選択 してください。	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護護 5.准子学療法士 6.理学業時 6.理学業時 10.常語 10.常 11.管護 11.管護 12.介 13.社会福士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してく ださい () 23.資格なし
(2)資格ありの場合、経験年数	()年	

問2. 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()年	()月()日		
(1)性別	1.男性			2.女性	
(2)年齢	()歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要1 6.申記		3.要介護3	4.要介護4
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2. I 7. IV	3. II a 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5. Ш а
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2	5.A2 10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成()年	()月			
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年	()月			

問3. 利用者の状 記載日時点におり		₩ 入方法については、記入要領	道を確認ください。
	入浴		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	排泄	排尿	3.対象外 1.自分で行 2.自分で行っ (バルーンカテーテル等 っている ていない を使用もしくは自己導尿 の場合)
(1)ADL の状況		排便	1.自分で行2.自分で行っ3.対象外っているていない(人工肛門等の場合)
(17,020)	食事摂取		1.自分で行2.自分で行っ3.対象外 (経管栄養・経静脈栄養 等の場合)
	= +	上衣	1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	更衣 	下衣	1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	個人衛生(洗顔	·整髪)	1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	寝返り		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
(a) # + ##/	座位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
(2)基本動作	座位での乗り移り		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	立位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない
	尿失禁		1.あり 2.なし 3.対象外
(3)排泄の状況	便失禁		1.あり 2.なし 3.対象外
	バルーンカテ-	ーテルの使用	1.あり 2.なし
	食事の回数		()回
(4)食事の状況	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 ・ 小食 ・ その他 (2.問題なし
(5)視力の状況			1.問題あり 2.問題なし

		1	貝竹	2 (別紙 1 - 6)	
	服薬状況	1.薬を飲ん	でいる 2.薬	を飲んでいない	
(6)薬の状況	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤		7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類 を記載してください () 9.不明	
	飲んでいる場合の薬の種類数	()種類	Į		
	義歯の有無	1.あり	2.な	L	
(7)歯の状態	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で行	っている 2.自	分で行っていない	
(8)過去3か月間の	入院の有無	1.あり	2.な	L	
(9)過去3か月間の	在宅復帰の有無	1.あり	2.な	L	
(10)過去3か月間の		1.あり	2.な	L	
(11)過去3か月以内	別に転倒をしましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(12)過去3か月以内	引に 37.5 度以上の発熱がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(13)過去3か月以内	引に誤嚥性肺炎を起こしましたか。	1.はい	2.いいえ	3.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。	1.はい	2.いいえ 3.不明	4.対象外 (経管栄養・経精脈 栄養等の場合)	
(15)(介護に注意が	・必要な)摂食困難な状況がありますか。	1.はい	2.いいえ 3.不明	4.対象外 (経管栄養・経精脈 栄養等の場合)	
(16)過去3か月以内	Tに脱水状態になったことはありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(17)過去3か月以内	引に褥瘡の既往がありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	自分の名前がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(10) 目业等	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(18)見当識	どこにいるかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	簡単な指示を理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(19)コミュニケー	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。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
ション	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブ ルなくにコミュニケーションが取れています か。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	意識障害がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(20) =到在日報終年	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
(20)認知機能	簡単な計算はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	時間管理はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	

資料2(別紙1-6)

	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(21)周辺症状	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.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。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22)歩行移動	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
※介助せずに行っ	公共交通機関を利用して外出をしてい ますか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
ているかをご記入ください。	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な用 称を記載して	: 6. ² B具の名	移動に器具は用いてい ない 不明

[23] 問3. 利用者の状態に関する情報(1)~(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による 記載日時点における状況	評価		
	該当する点数を右側の行に記入してください。		
(1)食事	10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0:全介助	()点
(2)車椅子からベッドへの 移動	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10: 軽度の部分介助または監視を要する 5: 座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0: 全介助または不可能	()点
(3)整容	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0:部分介助または不可能	()点
(4)トイレ動作	10:自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0:全介助または不可能	()点
(5)入浴	5:自立 0:部分介助または不可能	()点
(6)歩行	15:45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない 10:45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5:歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 0:上記以外	()点
(7)階段昇降	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する O:不能	()点
(8)着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0: 上記以外	()点
(9)排便コントロール	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	()点
(10)排尿コントロール	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む O:上記以外	()点

問5 FIM(Fund	tional Indepen	dence Measure)(3	- 上ろ誕価		
記載日時点に		delice Measure/15	- 6 公 HT IIII		
но-ж			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		食事	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		- 1 // - 1 1 El
		## # #	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		整容	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
			1. <u>元王日立</u> 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		清拭	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	6 U 767	7133-4	7.完全自立		
	セルフケア	更衣	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		(上半身)	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立	o 무+ᄉᇝ	2 出答由人出
		更衣	1.全介助 4.最小介助	2.最大介助 5.監視	3.中等度介助 6.修正自立
		(下半身)	7. 競介/ J	ひ.血忱	0.廖正日立
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		トイレ	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		
(.) ATT - T - T		排尿	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
(1)運動項目		コントロール	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	排泄		7.完全自立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		排便	1.至 7 场 4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		コントロール	7.完全自立	0. <u>mr</u> 150	
	移乗	ベッド、椅子、	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		車椅子	7.完全自立		- 1 Mart A BI
		1 71	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		トイレ	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		浴槽・シャワー	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		
		, L / 14	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	移動	歩行·車椅子	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			│ 7.完全自立 │ 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		階段	1.至 7 切 4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		1412	7.完全自立	— "-	·- — — —
		理解	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	727-4		4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	コミュニケー		7.完全自立	o ᆗ+ᄉᄜ	2 出答由人品
	ション	表出	1.全介助 4.最小介助	2.最大介助 5.監視	3.中等度介助 6.修正自立
		(音声•非音声)	4.取が月め 7.完全自立	○.血 兀	∪. _{IP} ⊥ □ ⊥
		社会的	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
(2)認知項目			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		交流	7.完全自立		
	41 V =22=4v		1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	社会認識	問題解決	4.最小介助 フラクロカ	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		記憶	1.至 7 场 4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		1010	7.完全自立	120	

■■■ご協力ありがとうございました■■■

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 【居宅介護支援・事業所票(案)】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- · 特に指定の無い限り、平成 30 年 10 月3日(水)現在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O印をお付け下さい。

問2. 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

- ・ ()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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成●年●月●日(●)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:0120-380-641(平日10:00~17:00) ②お問合せの際に、調査名をお伝え下さい②

FAX:03-6826-5060(24時間受付)

 $\mathsf{E-mail}: \bullet \bullet \bullet @ \bullet \bullet \bullet . \bullet \bullet . \bullet \bullet$

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 基本情報			
(1)開設年	()年()月

※(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。					
※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)	■施設サービス
		1. 訪問介護			19. 介護老人保健施設
		2. 訪問入浴			20. 介護老人福祉施設
		3. 訪問看護			21. 介護療養型医療施設
		4. 訪問リハビリテーション			22. 介護医療院
		5. 通所介護			■医療サービス
		6. 通所リハビリテーション			23. 病院
		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			25. 診療所(在宅療養支援診療所
		9. 福祉用具貸与、販売			以外)
		■地域密着型サービス			■その他
		10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			26. サービス付き高齢者向け住宅
		11. 夜間対応型訪問介護			27. 有料老人ホーム
		12. 認知症対応型通所介護			28. 養護老人ホーム、軽費老人ホー
		13. 小規模多機能型居宅介護			ム(ケアハウスA、B)
		14. 認知症対応型共同生活介護			29. 旧高齢者専用賃貸住宅
		15. 地域密着型特定施設入居者生活介護			30. 地域包括支援センター
		16. 地域密着型老人福祉施設利用者生活介護			(在宅介護支援センター)
		17. 看護小規模多機能型居宅介護			
		18. 地域密着型通所介護			31. 特になし

問3. 職員体制 平成 30 年 10 月3日(水)に在籍していた職員数(実人数) ※該当者がいない場合は 0 を記入してください。				
		1)常勤		(2)非常勤
(1)職員の総数	()人	()人
①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)	()人	()人
②うち、主任介護支援専門員数	()人	()人
③その他の職員数	()人	()人
(2)派遣職員の人数	()人	•	

問4. 「利用開始時」 における利用者の心身状態等に関する記録・評価の状況 ※ 貴事業所における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。			
1. 基本情報の記	録についてお伺いします	す。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式 (1つだけに〇)		 包括的自立支援プログラム方式 居宅サービスガイドライン方式 MDS方式・MDSーHC方式 CFステージング(R4) 	
(2) 基本情報の記	(2.14.5.C) (2.34.5.C)	5. その他()
(L) ATTIFFED II.	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 必要性のある利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある	·
①身長	記録している場合、以 ない」を選択した場合		記録してい
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他(
	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 必要性のある利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある	
②体重	記録している場合、以ない」を選択した場合は	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. t回答不要)	記録してい
	収集先(複数回答可)	1. 7月 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他(

	記録状況	1. 全ての利用者について記録している			
		2. 必要性のある利用者について記録している			
		3. 記録していない			
		4. その他()			
		1. 全くない			
	情報を収集する負担感	2. あまりない			
		3. どちらともいえない			
	(5段階評価)	4. ややある			
		5. とてもある			
③既往歴	記録している場合、以	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい			
© 778.—.—	ない」を選択した場合は回答不要)				
		1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集			
		2. 医療機関			
		3. 歯科医療機関			
		4. 薬局			
	収集先(複数回答可)	5. 地域包括支援センター			
		6. 市町村			
		7. 介護サービス事業所 8. 家族			
		o. 家族 9. その他 ()			
		1. 全ての利用者について記録している			
		2. 必要性のある利用者について記録している			
	記録状況	2. 記録していない			
		4. その他 () 1. 全くない			
		1. 主くない			
	(5段階評価)	3. どちらともいえない			
		4. ややある			
		5. とてもある			
4 栄養状態	記録している場合 以	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい			
	ない」を選択した場合は				
	ない」を選択した場合は	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集			
		2 医療機関			
		3. 歯科医療機関			
		4. 薬局			
	収集先(複数回答可)	5. 地域包括支援センター 6. 市町村			
		O. 川町刊 7. 介護サービス事業所			
		8. 家族			
		9. その他 (
	記録状況	1. 全ての利用者について記録している			
		2. 必要性のある利用者について記録している			
		3. 記録していない			
		4. その他()			
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない			
		2. あまりない			
		3. どちらともいえない			
		4. ややある			
⑤過去3ヶ月の		5. とてもある			
入院の有無	一記録している場合、以	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい			
2 4120-2 137111	ない」を選択した場合に	る四合个安) 1 利田学大士から公理士福東明昌立直が同生			
	2 3 4 収集先(複数回答可) 5 6 7 8	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関			
		3. 歯科医療機関			
		4. 薬局			
		5. 地域包括支援センター			
		6. 市町村 7. 企業サービス事業形			
		7. 介護サービス事業所 8. 家族			
		8. 家族 9. その他(
	記録状況	1. 全ての利用者について記録している			
⑥過去3ヶ月の		2. 必要性のある利用者について記録している			
骨折の有無		2. 記録していない			
月カリン円無		4. その他(
		1. C+/15 /			

		<u> </u>
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以 ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他(
	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 必要性のある利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
⑦過去3ヶ月の	記録している場合、以 ない」を選択した場合に	・ 下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
転倒の有無	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 (
	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 必要性のある利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
8誤嚥性肺炎の	記録している場合、以 ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
既往の有無	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他(
	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 必要性のある利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他()
⑨褥瘡の有無	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある

	記録している場合、以ない」を選択した場合に	下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録してい は回答不要)
	収集先(複数回答可)	 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 医療機関 歯科医療機関 薬局 地域包括支援センター 市町村 介護サービス事業所 家族 その他(
2.	日常生活動作(ADL)の評価について	お伺いします。
(1)	主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇)	1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他(5. 評価していない
(2)	上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある
(1)	で選択した項目についてお伺いします	。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)
(3)	項目の評価状況	 全ての利用者について評価している 必要性のある利用者について評価している その他(
(4)	収集先 (複数回答可)	 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 医療機関 歯科医療機関 薬局 地域包括支援センター 市町村 介護サービス事業所 家族 その他(
3.	手段的日常生活動作(IADL)の評価(• •= •
	主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他(4. 評価していない
(2)	上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	 全くない あまりない どちらともいえない ややある とてもある
(1)	で選択した項目についてお伺いします	。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)
(3)	項目の評価状況	 全ての利用者について評価している 必要性のある利用者について評価している その他(
(4)	収集先 (複数回答可)	 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 医療機関 歯科医療機関 薬局 地域包括支援センター 市町村 介護サービス事業所 家族 その他(

4. 認知機能の評価についてお伺いします	す。
	1. 改訂長谷川式認知症スケール
	2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale)
(1) 主に使用しているアセスメント様式以	3. MMSE(Mini-Mental State Examination)
外に、認知機能のアセスメントを実施	4. MOCA一j(日本語版MontrealCognitiveAssessment)
	5. Mini Cog
する際に主として使用している項目	6. DASC-21 (The Dementia Assessment Sheet for Community
(1つだけに0)	—based Integrated Care System-21 items)
	7. その他()
	8. 評価していない
/-> /	1. 全くない 2. あまりない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する	3. どちらともいえない
負担感(5段階評価)	4. ややある
	5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします	。(上記(1)で「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)
	1. 全ての利用者について評価している
(3) 項目の評価状況	2. 必要性のある利用者について評価している
	3. その他()
	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集
	2. 医療機関 2. 歩利医療機関
	3. 歯科医療機関 4. 薬局
(4)収集先	4. 采向 5. 地域包括支援センター
(複数回答可)	6. 市町村
	- 0. 「飛行」 - 7. 介護サービス事業所
	8. 家族
	9. その他 (
	9. (6)尼(
5. 栄養状態の評価についてお伺いしまっ	
5. 栄養状態の評価についてお伺いします	
	す。 1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している
5. 栄養状態の評価についてお伺いしまで (1) 必要栄養量の計算	す。 1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない
	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他()
(1)必要栄養量の計算	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他() 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル)
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他(1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版)
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計 算している」「2. 必要性のある利用者	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他() 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他() 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数)
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計 算している」「2. 必要性のある利用者	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 () 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 ()
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1.全ての利用者について計算している」「2.必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他(1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他(1. BMI
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他() 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他() 1. BMI 2. 体重減少率
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1.全ての利用者について計算している」「2.必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他(1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他(1. BMI
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 (1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 (1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 () 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 () 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 () 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 () 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 ()
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 () 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 () 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 () 8. 評価していない
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 () 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 () 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 () 8. 評価していない 1. 全くない
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他() 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他() 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他() 8. 評価していない 1. 全くない 2. あまりない
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇) (3) 上記(2)で選択した情報を収集する	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他(
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇)	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他(
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇) (3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他() 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他() 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他() 8. 評価していない 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇) (3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他(
(1) 必要栄養量の計算 上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 必要性のある利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可) (2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに〇) (3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全ての利用者について計算している 2. 必要性のある利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他() 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他() 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他() 8. 評価していない 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある

	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集
	2. 医療機関 3. 歯科医療機関
(5) 収集先	4. 薬局
(複数回答可)	5. 地域包括支援センター
(複数四合可)	6. 市町村
	7. 介護サービス事業所
	8. 家族 9. その他(
6. 口腔機能の評価についてお伺いします	
	7。 1. 全ての利用者について把握している
	2. 必要性のある利用者について把握している
(1) 歯の状況の把握	3. 把握していない
	4. その他()
	1. 健全歯の本数
上記で「1.全ての利用者について把	2. 未処置歯の本数
握している」「2. 必要性のある利用者	3. 補綴の状況(義歯の有無など)
について把握している」を選択した場	4. 歯列の状況
合、評価項目	5. 咬合の状況
(複数回答可)	6. 歯肉出血
	│ 7. その他(│ 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集
	2. 医療機関
上記で「1.全ての利用者について把	3. 歯科医療機関
握している」「2. 必要性のある利用者	4. 薬局
について把握している」を選択した場	5. 地域包括支援センター
合、評価を行った者(複数回答可)	6. 市町村 7. 介護サービス事業所
	7. 万段
	9. その他 (
	1. 全ての利用者について評価している
(2) 嚥下機能の評価	2. 必要性のある利用者について評価している
(2) Mil Delicos II Im	3. 評価していない
上記で「1.全ての利用者について評	4. その他 ()
一 工記です。主での利用者について計 価している」「2. 必要性のある利用者	1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法
について評価している」を選択した場	3. 嚥下内視鏡検査
合、評価方法	4. 嚥下造影検査
(複数回答可)	5. その他()
上記で「1. 全ての利用者について評	1. 全くない
価している」「2. 必要性のある利用者	2. あまりない
について評価している」を選択した場	3. どちらともいえない
合、情報を収集する負担感(5段階評	4. ややある
(価)	5. とてもある
(3) 主に使用しているアセスメント様式以	1. RSST 2. フードテスト
外に、口腔機能のアセスメントを実施	2. ノートナスト 3. オーラルディアドコキネシス
する際に主として使用している項目	4. アイヒナー分類
(1つだけにの)	5. その他 ()
	6. 評価していない
	1. 全くない 2. あまりない
(4) 上記(3)で選択した情報を収集する	3. どちらともいえない
負担感(5段階評価)	4. ややある
	5. とてもある
(3)で選択した項目についてお伺いします	。(上記(3)で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要)
(=) -TD 0=T/m/l/D	1. 全ての利用者について評価している
(5) 項目の評価状況	2. 必要性のある利用者について評価している
	3. その他()

)収集先 (複数回答可)	 1. 介護支援専門員自身 2. 医師 3. 歯科医師 4. 薬剤師 5. 地域包括支援センターの職員 6. 市町村の職員 7. 介護サービス事業所の職員 8. 家族 9. その他()
<u>7.</u>	うつ・閉じこもりの評価についてお伺い	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以 外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを 実施する際に主として使用している項 目(1つだけに〇)	 1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SFー36・SFー12・SFー8 7. Vitality Index 8. その他(9. 分からない 10. 評価していない
)上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
)で選択した項目についてお伺いします 合は回答不要)	す。(上記(1)で「9.分からない」、「10.評価していない」を選択した
(3))項目の評価状況	1. 全ての利用者について評価している 2. 必要性のある利用者について評価している 3. その他()
(4)) 収集先 (複数回答可)	 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 医療機関 歯科医療機関 薬局 地域包括支援センター 市町村 介護サービス事業所 家族 その他(
8.	介護負担の評価についてお伺いします	0
)介護負担の評価	1. 全ての利用者について評価している 2. 必要性のある利用者について評価している 3. 評価していない 4. その他()
	上記で「1.全ての利用者について評価 している」「2. 必要性のある利用者に ついて評価している」を選択した場合、 評価の方法(複数回答可)	1. Zarit介護負担尺度を用いての評価 2. BIC-11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価 3. その他の尺度を用いての評価() 4. 尺度は用いないでの評価 5. その他()
	上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容(複数回答可)	1. 精神的負担感(介護によるストレス等) 2. 身体的負担感(肉体的な介護疲れ、睡眠障害等) 3. 環境要因による負担感(介護者の住まいが遠方、経済的負担等) 4. その他 (

問5. 「利用期間中」 における利用者の心身状態等に関する記録の状況 ※ <u>貴事業所における方針として</u>どのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。				
(1) 基本情報の記録	秋 况			
①身長	記録状況 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 必	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他() 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回		
	要性のある利用者について定期 的に記録している」を選択した場 合、記録の頻度	3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他 1. 全ての利用者について定期的に記録している		
②体重	記録状況	2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()		
心 件主	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他 		
	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()		
③既往歴	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他 		
4)栄養状態	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
少不及 [八]公	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	4. 概ね1年に1回 5. その他		
⑤入院の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他(
⊕\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他		
⑥骨折の発生の有 無	記録状況	全ての利用者について定期的に記録している 必要性のある利用者について定期的に記録している 金ての利用者について状態の著変時のみ記録している 記録していない その他()		

		A JOST L D. A. D.
	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
⑦転倒の発生の有	記録状況	 全ての利用者について定期的に記録している 必要性のある利用者について定期的に記録している 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 記録していない その他(
無	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
⑧誤嚥性肺炎の発	記録状況	全ての利用者について定期的に記録している 必要性のある利用者について定期的に記録している 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 記録していない きことでは、 しまり、これでは、 ままり、これでは、 ままりには、 ままり、これでは、 ままりには、 ままりには、
生の有無	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	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. その他
⑨褥瘡の発生の有	記録状況	 全ての利用者について定期的に記録している 必要性のある利用者について定期的に記録している 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 記録していない その他(
無	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合)記録の頻度	 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 その他
2. 日常生活動作(ADL)の記録についてお伺いします	t 。
	が器機能の記録の状況 た項目について回答してください。	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
ている」「2. 必	ての利用者について定期的に記録し 要性のある利用者について定期的 」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
3. 手段的日常生活	ff(IADL)の記録についてお伺いし	ます。
	が器機能の記録の状況 た項目について回答してください。	 全ての利用者について定期的に記録している 必要性のある利用者について定期的に記録している 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 記録していない その他(
ている」「2. 必	での利用者について定期的に記録し 要性のある利用者について定期的 」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
(1) 認知機能の記録	まについてお伺いします。	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他()

		食料2 (別紙1 - /)
	引者について定期的に記録し ある利用者について定期的 引した場合、記録の頻度	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. その他
5. 栄養状態の記録につい	ンプな伺いします	
	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(1)必要栄養量	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	 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 その他
(2) 栄養状態の アセスメント	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
※問4.5.(2)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
6. 口腔機能の記録につい	ヽてお伺いします。	
	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(1)歯の状況の把握	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
(2)嚥下機能の記録	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他
(3) 口腔機能のアセスメント	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 必要性のある利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 記録していない 5. その他 ()
※問4.6.(3)で選択した 項目について回答してくだ さい。	上記で「1.全ての利用者について定期的に記録している」「2.必要性のある利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	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. その他

7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。 (1) うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問4.7.(1)で選択した項目について回答してください。 (2) 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している (1. 全ての利用者について実期的に記録している (2. 必要性のある利用者について実期的に記録していない (3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している (4. 記録していない (5. その他 (1. 概ね月1回 (2. 概ね3ヶ月に1回 (2. 概ね3ヶ月に1回 (4. 概ね1年に1回 (4. 概ね1年に1回 (4. 概ね1年に1回 (5. その他 (1.) を) (4. での他 (1.) ではいる (1.) ではい

問6. 利用開始時・利用期間中に収集・評価した記録(問4・問5)の保管 各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に〇を付けてください。(複数選択可) ※入力項目は問4・問5で選択した項目について回答してください。

			記録媒体			
		介護 ソフト	紙	介護ソフト 以外の電 子化され た様式(Of fice ソフト等)	その他	
	1.利用者の基本情報について	1	2	3	4	
	2.日常生活動作(ADL)の評価・記録について	1	2	3	4	
7	3.手段的日常生活動作(IADL)の評価・記録に	1	2	3	4	
力	ついて					
入力項目	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4	
目	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4	
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4	
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4	

問7. 利用終了時における利用者に関する記録の状況 (1) 転帰(死亡・入院・施設入所・その他等)の 1. 記録している 記録の有無 2. 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

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 【居宅介護支援・利用者票(案)】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、<u>当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方</u> がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、<u>記入</u> 要領の P.O O をご参照ください。
- ・ <u>問1~5共通として</u>特に指定の無い限り、<u>記載日時点における状況をアセスメントした結果について</u> ご回答下さい。
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで〇印をお付け下さい。
- ・ ()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O(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「O」とご記入下さい。
- ・ 平成30年●月●日(●)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 :0120-380-641(平日10:00~17:00) ②お問合せの際に、調査名をお伝え下さい②

FAX:03-6826-5060(24時間受付)

E-mail: ● ● ● @ ● ● . ● ● . ● ●

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報		
(1)基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください。	1.医師 2.歯科師 3.薬護護看看 5.准子 5.准子 6.理学業 6.理学業 7.作語 8.言 4. 8.言 4. 11.管 5. 11.管 5. 12.介 6. 13.社会 13.社会	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゆう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載し てください () 23.資格なし
(2)資格ありの場合、経験年数	()年	
(3)主任介護支援専門員資格の有無	1.あり	2.なし
(4)上記(3)で「1. あり」を選択した場合、取得後の経験年数	()年	

				7	= (7)1/12V: 07
問2. 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()年	()月()日		
(1)性別	1.男性			2.女性	
(2)年齢	()歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要 6.申	介護2 清中	3.要介護3	4.要介護4
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2. I 7.IV	3. Ⅱ a 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5. Ⅲ a
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立	2.J1	3.J2	4.A1	5.A2
	6.B1	7.B2	8.C1	9.02	10.不明
(6)貴事業所の利用開始年月	平成()年	()月			
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年	()月			

問3. 利用者の状態に関する情報 記載日時点における状況 ※記入方法については、記入要領を確認ください。						
	入浴		1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
	排泄	排尿	3.対象外 (バルーンカテー 1.自分で行 2.自分で行っ テル等を使用もしっている ていない くは自己導尿の場合)			
(1)ADL の状況		排便	1.自分で行 2.自分で行っ3.対象外 (人工肛門等の場っている ていない 合)			
	食事摂取		1.自分で行 2.自分で行っ (経管栄養・経静 っている ていない (経管栄養・経静 脈栄養等の場合)			
	更衣	上衣	1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
	史 套	下衣	1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
	個人衛生(洗剤	頁•整髪)	1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
	寝返り		1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
(2)基本動作	座位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
(乙) 圣平到日	座位での乗り	多少	1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
	立位の保持		1.自分で行っている 2.自分で行っていない			
	尿失禁		1.あり 2.なし 3.対象外			
(3)排泄の状況	便失禁		1.あり 2.なし 3.対象外			
	バルーンカテー	ーテルの使用	1.あり 2.なし			
	食事の回数		()回			
(4)食事の状況	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 ・ 小食 ・ その他 () 2.問題なし			
(5)視力の状況			1.問題あり 2.問題なし			

			資料2(別紙1-8)	
	服薬状況	1.薬を飲んでいる	2.薬を飲んでいない	
(6)薬の状況	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤	7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類 を記載してください () 9.不明	
	飲んでいる場合の薬の種類数	()種類		
	義歯の有無	1.あり	2.なし	
(7)歯の状態	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で行っている	2.自分で行っていない	
(8)過去3か月間の	入院の有無	1.あり	2.なし	
(9)過去3か月間の	在宅復帰の有無	1.あり	2.なし	
(10)過去3か月間の	分骨折の有無	1.あり	2.なし	
(11)過去3か月以内	ー 引に転倒をしましたか。	1.はい 2.いいえ	3.不明	
(12)過去3か月以内	引に 37.5 度以上の発熱がありましたか。	1.はい 2.いいえ	3.不明	
(13)過去3か月以内	nに誤嚥性肺炎を起こしましたか。	1.はい 2.いいえ	3.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。	1.はい 2.いいえ	4.対象外 (経管栄養・経 静脈栄養等の 場合)	
(15)(介護に注意が	「必要な)摂食困難な状況がありますか。	1.はい 2.いいえ	4.対象外 (経管栄養・経 静脈栄養等の 場合)	
(16)過去3か月以内	Tに脱水状態になったことはありますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
(17)過去3か月以内	引に褥瘡の既往がありますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
	自分の名前がわかりますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
(18)見当識	その場こいる人がだれかわかりますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
(10) 元二成	どこにいるかわかりますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
	簡単な指示を理解していますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
(19)コミュニケー	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。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
ション	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブ ルなくにコミュニケーションが取れています か。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
	意識障害がありましたか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
(00) =374n+0%44	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
(20)認知機能	簡単な計算はできますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
	時間管理はできますか。	1.はい 2.いい	え 3.不明	
		1		

資料2 (別紙1-8)

	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(21)周辺症状 	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.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。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22)步行移動	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
※介助せずに行っ	公共交通機関を利用して外出をしてい ますか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
ているかをご記入ください。	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な用 称を記載してく	具の名	5.移動に器具は用いてい ない 6.不明
		()	

(23)問3. 利用者の状態に関する情報(1)~(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による				
記載日時点における状況				
	、該当する点数を右側の行に記入してください。			
次行項目の選択版の75	、設当りる点数を行動の行に記入している。 10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える			
(1)食事	10. 日立、日助兵などの表情可、標準的時間内に良べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	()点	
(1)段争	0:全介助	(/ .m.	
	15:自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)			
(2)車椅子からベッドへの	10:軽度の部分介助または監視を要する			
エク手中	5: 座ることは可能であるが、ほぼ全介助	()点	
移動	0:全介助または不可能			
(a) ±h	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	,	\ L	
(3)整容	O:部分介助または不可能	()点	
	10: 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用			
(4)トイレ動作	している場合はその洗浄も含む	/ \ <u>+</u>		
	5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	()点	
	O:全介助または不可能			
(5)入浴	5:自立	()点	
(3))(1)	O:部分介助または不可能	`	/ AN	
	15:45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無			
4 - 3 - 15 - 45	は問わない	,		
(6)歩行	10:45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	()点	
	5:歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能			
	0:上記以外			
(つ) 『比氏日』タ	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する	()点	
(7)階段昇降	5: 万切または監視を安する 0: 不能	() 从	
	○. 小能 10:自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む			
(8)着替え	10: 日立、和、ファステー、表典の相流と古む 5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	()点	
(0)相目之	0:上記以外	•	/ ///	
	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能			
(9)排便コントロール	5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	()点	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	0:上記以外	`	, ,,,,,	
	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能			
(10)排尿コントロール	5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	()点	
	0:上記以外			

問5 FIM(Fund	stional Indepen	dence Measure)(3	- 上ろ誕価		
記載日時点に		delice Measure/15	- 6 公 HT IIII		
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		食事	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		- 1 // - 1 1 El
		## # #	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		整容	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
			1. <u>元王日立</u> 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		清拭	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	セルフケア	7133-4	7.完全自立		
		更衣	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		(上半身)	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立	o 무+ᄉᇝ	2 出答由人出
		更衣	1.全介助 4.最小介助	2.最大介助 5.監視	3.中等度介助 6.修正自立
		(下半身)	7. 競介/ J	ひ.血忱	0.廖正日立
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		トイレ	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立		
		排尿	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
(1)運動項目	排泄	コントロール	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		排便	1 至	2.取入开助 5.監視	5.中等度升助 6.修正自立
		コントロール	7.完全自立	O. <u>m.</u>)).	0.廖正日立
		ベッド、椅子、	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
			4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		車椅子	7.完全自立		
	TA-T		1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	移乗	トイレ	4.最小介助 7.完全自立	5.監視	6.修正自立
			7.元王日立 1.全介助	2.最大介助	
		浴槽・シャワー	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		71111 7 7 7	7.完全自立	— ,,,	
	移動		1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		步行·車椅子	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			│ 7.完全自立 │ 1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		階段	1.至月切 4.最小介助	2.取入开 <i>助</i> 5.監視	5.中导度开助 6.修正自立
		PATA	7.完全自立	O.m. 176	0.IPE [] Z
(2)認知項目		理解	1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
	,		4.最小介助	5.監視	6.修正自立
	コミュニケー	(聴覚・視覚)	7.完全自立	0 E I A E!	0 ± #r ÷ ^ =!
	ション	表出	1.全介助	2.最大介助 5.監視	3.中等度介助
		(音声・非音声)	4.最小介助 7.完全自立	ひ. 亜 悅	6.修正自立
	社会認識		1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		社会的	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
		交流	7.完全自立	 -	
			1.全介助	2.最大介助	3.中等度介助
		問題解決	4.最小介助	5.監視	6.修正自立
			7.完全自立	o ᆗ+ᄉᄜ	2 由学帝人中
		記憶	1.全介助 4.最小介助	2.最大介助 5.監視	3.中等度介助 6.修正自立
		心思	4.販ががめ 7.完全自立	○.血1九	○.廖正日立
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		

■■■ご協力ありがとうございました■■■