

付 屬 資 料

平成 9 年度タイムスタディ調査用

整理番号 -

在宅ケアアセスメント表

I. 利用者の個人情報

I 1. 名前	フリガナ 姓		フリガナ 名	
I 2. 生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)
I 3. 性別	1.男 2.女 <input type="checkbox"/>			
I 4. 配偶者の有無	1.未婚	3.死別	5.別居	<input type="checkbox"/>
	2.既婚	4.離婚	6.その他()	<input type="checkbox"/>
I 5. 紹介時における同居者	1.一人暮らし	4.子供と(配偶者はいない)	<input type="checkbox"/>	
	2.配偶者のみ	5.他の親族等(配偶者、子供以外)	<input type="checkbox"/>	
	3.配偶者と子供など	6.上記に該当なし	<input type="checkbox"/>	
I 6. 依頼前5年間の状況 (該当するものすべてチェック)	1.一般病院において90日以上継続した入院歴	<input type="checkbox"/>		
	2.老人病院において90日以上継続した入院歴	<input type="checkbox"/>		
	3.精神病院において90日以上継続した入院歴	<input type="checkbox"/>		
	4.老人保健施設において90日以上継続した入所歴	<input type="checkbox"/>		
	5.上記に該当なし	<input type="checkbox"/>		
I 7. 終末期に対する希望	1.入院せず在家で	2.入院	3.考えていない	<input type="checkbox"/>

II. 紹介等に関する情報

II 1. ケース開始(再開) 年月日	平成_____年_____月_____日		
II 2. かかりつけ医の名前	フリガナ 姓	フリガナ 名	<input type="checkbox"/>
II 3. かかりつけ医の住所 ・電話番号	所属機関: 住所: 電話番号:		

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

《以下、とくにことわり書きのない限り、過去7日間の状態を評価する》

A. アセスメント情報

A 1. アセスメント記載者氏名①	フリガナ 姓	フリガナ 名	<input type="checkbox"/>									
アセスメント記載者氏名②	フリガナ 姓	フリガナ 名	<input type="checkbox"/>									
A 2. 評価者の職種	<table border="1"> <tr> <td>1. 看護婦</td> <td>5. P T</td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td>2. 保健婦</td> <td>6. O T</td> </tr> <tr> <td>3. 医 師</td> <td>7. その他</td> </tr> <tr> <td>4. ソーシャルワーカー</td> <td></td> </tr> </table>			1. 看護婦	5. P T		2. 保健婦	6. O T	3. 医 師	7. その他	4. ソーシャルワーカー	
1. 看護婦	5. P T											
2. 保健婦	6. O T											
3. 医 師	7. その他											
4. ソーシャルワーカー												
A 3. 評価した場所	0. 本人の自宅・アパート	4. 診療所										
	1. 仮住まい（子供の家など）	5. 老人保健施設										
	2. 在宅サービス機関	6. デイケア（センター）										
	3. 病 院	7. その他	<input type="checkbox"/>									
A 4. アセスメント年月日	a. 1回目のアセスメント	平成_____年_____月_____日										
	b. アセスメントを完成させるために必要な2回目の訪問日 (1回目では情報をすべて収集できなかった場合に記入)	平成_____年_____月_____日										
A 5. アセスメントの情報源	該当するものをすべてチェック a. 本人 <input type="checkbox"/> g. ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> b. 家族 <input type="checkbox"/> h. 他の在宅サービス提供者 <input type="checkbox"/> c. 他のインフォーマルなケア提供者 <input type="checkbox"/> () d. ヘルパー <input type="checkbox"/> i. 医 師 <input type="checkbox"/> e. 訪問看護婦 <input type="checkbox"/> j. 病歴・ケース記録 <input type="checkbox"/> f. 保健婦 <input type="checkbox"/> k. 病院・施設の看護婦 <input type="checkbox"/> l. 他の施設ケアスタッフ <input type="checkbox"/>											



該当する番号を1つ選ぶ



該当するものをすべてチェック

B. 記憶

B 1. 短期記憶	短期記憶に問題ない（5分後に覚えているように見える）	
	0. 問題なし	1. 問題あり <input type="checkbox"/>
B 2. 日常の意思決定を行うための認知能力	どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなしとげるか（たとえば、起床や食事するべき時間がわかる、衣服を選ぶ、どんな活動をする）	
	0. 自立：首尾一貫して的確である	
	1. 限定的に自立：新しい事態に直面したときにのみいくらか困難がある	
	2. 中程度の障害：判断力が弱く、合図や見守りが必要である	
	3. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない	<input type="checkbox"/>
B 3. せん妄の兆候	a. 過去7日間において、1日の中で注意力や見当識が急に変化したり、一貫性が失われたり、予測できない意識状態の変動がある	0. いいえ <input type="checkbox"/> 1. はい
	b. 過去90日間に、安全がそこなわれる、あるいは他者の保護が必要となるほど、興奮したり、見当識を失うことがある	0. いいえ <input type="checkbox"/> 1. はい

C. コミュニケーション、聴覚

C 1. 聴覚	もし使用していれば、補聴器具を使って	
	0. 十分に聞こえる — 通常会話、テレビ、電話	
	1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある	
	2. 特別な状況でないと聞こえない — はっきりとした話し方をする必要がある	
	3. 高度に障害、実質的に聞こえない	<input type="checkbox"/>
C 2. 自分を理解させることができる	どんな方法を用いて表現してもよい	
	0. 理解させることができる	
	1. 通常は理解させることができるが、ことばを思い出したり考えをまとめるのが困難	
	2. 時々は理解させることができるが、その能力は具体的な欲求（食事、トイレなど）に限られる	
	3. ほとんどまたはまったく理解させることができない	<input type="checkbox"/>
C 3. 他者を理解できる	どんな方法を用いて話した内容を理解してもよい	
	0. 理解できる	
	1. 通常は理解できるが、伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがある	
	2. 時々は理解できる — 単純で直接的な指示には十分従う	
	3. ほとんどまたはまったく理解できない	<input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

D. 視覚

D 1. 視力	新聞の活字を読んだり、細かい作業が困難（もし使用していれば、眼鏡などを用いても） 0.いいえ 1.はい <input type="checkbox"/>
D 2. 視覚の制限・障害	過去7日にあった問題 0.いいえ 1.はい <input type="checkbox"/> a.光のまわりにかさや輪が見えたり、目にかすみがかかったように見えたり、閃光が見えた <input type="checkbox"/> b.明るさが変わると（明るい所から暗い所、あるいは暗い部屋から明るい戸外へ）安全に移動することに問題がある <input type="checkbox"/>
D 3. 視力低下	過去90日前と比べての視力の低下 0.いいえ 1.はい <input type="checkbox"/>

E. 気分と行動

E 1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候	過去30日間に観察された兆候（理由のいかんを問わない） 0.過去30日間、観察されていない 1.過去30日間に1回から最高週に5日まで観察された 2.ほとんど毎日、観察された（週に6、7日） a.悲しみやうつ状態（あるいは生きている価値がない、もうどうなってもよい、自分はだれの役にもたたない、死んだほうがましだ） <input type="checkbox"/> b.自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ（たとえば、怒りっぽい、受けているケアに対して怒る） <input type="checkbox"/> c.たびたび不安、心配ごとを訴える（たとえば、常に関心を向けてもらいたい、日課、食事、洗濯、衣類、対人関係について「だいじょうぶ」と言ってもらいたい） <input type="checkbox"/> d.何回も泣いたり涙もらい <input type="checkbox"/> e.興味を持っていた活動をしなくなる（たとえば、昔からの友人・知人とつきあうことや一緒に過ごすことに興味がなくなる） <input type="checkbox"/>
E 2. 問題行動	過去7日間におきた問題行動とその対応の難しさ 0.この行動はなかった 1.行動はあったが、容易に変えることができた 2.行動があり、変えることは困難であった a.徘徊（危険性などに気づかないように、合理的な目的なく歩き回る） <input type="checkbox"/> b.暴言（他者をおびやかす、どなる、ののしる） <input type="checkbox"/> c.暴行（他者を打つ、押す、ひっかく、性的に虐待する） <input type="checkbox"/> d.社会的に不適当なまたは混乱させる行動（邪魔になる音をたてる、騒々しい、さけぶ、自傷行為、人前での性的行動あるいは衣類を脱ぐ、食事や糞便をぬりたくる、放りなげる、所有物をかきまわす、同じ行動を繰り返す、早朝起きて迷惑をかける） <input type="checkbox"/> e.ケアに対する抵抗（服薬、注射、ADL介助を拒否） <input type="checkbox"/>
E 3. 問題行動の悪化	過去30日間で問題行動が悪化、あるいは家族の方が我慢できなくなってきた 0.いいえ（問題行動のない場合を含む） 1.はい <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ 該当するものをすべてチェック

F. 社会的支援と機能

F 1. 介護者について	<p>主に介護に当たっているインフォーマルな介護者2名の氏名</p> <p>a. <u>主介護者氏名(ア) :</u> _____</p> <p>b. <u>副介護者氏名(イ) :</u> _____</p> <p>c. 同居の有無</p> <p>0. 同 居 1. 別 居 主(ア) 副(イ)</p> <p>2. インフォーマルな介護者はいない (F 2へ進む) <input type="checkbox"/></p> <p>d. クライエントとの関係</p> <p>0. 子供または子供の配偶者 2. 他の家族 主(ア) 副(イ)</p> <p>1. 配偶者 3. 友人／近所の人 <input type="checkbox"/></p> <p>援助している分野</p> <p>0. は い 1. いいえ 主(ア) 副(イ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e. 助言や精神的な支援 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>f. A D L 援助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>g. I A D L 援助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>必要あれば援助を増やす用意があり、かつ可能である</p> <p>0. 2時間以上可 1. 1日1～2時間なら可 2. できない 主(ア) 副(イ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>h. 精神的な支援 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>i. A D L 援助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>j. I A D L 援助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
F 2. 介護者の状況	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 仮に介護量が増えたら対応できない (たとえば、介護者が今以上の介護を行うことが不可能で、あるいは他にも手伝う人がいない、a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. 家族 (他の子供など) や友人から得ている支援に満足していない b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. 介護しなければならないことに対して、ストレスや怒り、憂うつな気分を表している c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. 上記のいずれでもない d. <input type="checkbox"/></p>		
F 3. 関与	<p>人と気軽に関わっている (たとえば、人と過ごすことが好き)</p> <p>0. 気軽に関わっている 1. 気軽に関わっていない <input type="checkbox"/></p>		
F 4. 社会的活動の変化	<p>180日前と比べて、社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が減っている。もし減っているなら、それで悩んでいる</p> <p>0. 減っていない 2. 減っており、悩んでいる <input type="checkbox"/></p> <p>1. 減っているが、悩んでいない <input type="checkbox"/></p>		
F 5. 孤立	<p>a. 日中、1人でいる時間 (夜間を除く)</p> <p>0. ほとんど、または全くない 2. 長い時間 (たとえば、午前中全部) <input type="checkbox"/></p> <p>1. 1時間程度 3. いつも <input type="checkbox"/></p> <p>b. しづしづ寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをする <input type="checkbox"/></p> <p>0. いいえ 1. は い <input type="checkbox"/></p>		

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

G. IADLとADL

G 1. IADLの自立度：家や地域における日常の活動レベルについて、たとえば食事の用意や買物など

- ア. IADL自立度の分類（過去7日間）
0. 自立、自分で行った
 1. 時に援助をしてもらって行われた
 2. いつも援助をしてもらって行われた
 3. 他者が全部を行った
 8. 本活動は1度も行われなかつた

- イ. IADL実施上の困難
<自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ>
0. 問題ない
 1. いくらか困難（援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる）
 2. 非常に困難（ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない）

a. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える、料理する、材料を用意する、配膳する)		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 家事一般	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用 (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 電話の利用	自分で電話をかける (必要に応じて音の拡大装置を使ってもよい)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 買 物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G 2. 移動手段	a. 杖、歩行器、松葉杖 b. 主な移動手段は車いす	0. いいえ 0. いいえ	1. はい 1. はい
G 3. 階段昇降	過去7日間において階段の上り下りをする方法（1段でも数段でも手すりを使っててもよい）。もし上り下りしていなかった場合があるなら、援助なしに上り下りする能力	0. 他者の援助なしに上り下りする（手すりは使ってもよい） 1. 他者の援助によって上り下りする 2. 上り下りしなかったが、援助なしにできる 3. 上り下りしなかったが、援助があればできる 4. 上り下りせず、その能力もない 8. 不明、上り下りせず、能力があるかどうかも判断できない	<input type="checkbox"/>
G 4. 健康活動	a. 過去30日間の通常の1週間で、家や住んでいる建物の外へ出た頻度 (外へ出た時間が短くても良い) b. 過去7日間における体を動かす活動時間（歩く、家の掃除、運動）	0. 毎日 1. 週に2~6日 0. 2時間以上	2. 週に1日 3. 1日もない 1. 2時間未満

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

G 5. 生活習慣 (飲酒、喫煙)	a. 過去90日間に、お酒の量を減らしたほうがよいと思ったり、他者に減らすように言われたり、あるいは他者が本人の飲酒を心配している	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
	b. 過去90日間に、自分をおちつかせたり、二日酔いの迎え酒のため、朝一番に飲酒する	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
	c. 過去30日間の通常の7日間において、お酒(ビール、ワイン、ウイスキー等)を飲んだ日数(飲んでない場合には「0」を記入)	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
	d. 飲んだ日において、平均的に飲んだ量(ビール1缶を「1」として換算し、飲んでない場合には「0」、9以上は「9」を記入)	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
	e. 毎日、喫煙	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>

G 6. 日常生活における自己動作

過去7日間にみられたa.～h.の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無にとくに留意

- 0. 自立: 自分でできる
 - ・手助けまたは見守りは不要。または、1～2回のみ
- 1. 観察・誘導: 見守りや励ましがあれば自分でできる
 - ・見守り、励まし、または誘導が3回以上
 - ・見守りが3回以上および身体的援助が1～2回のみ
- 2. 部分的な援助: かなりの動作は自分でできる
 - ・四肢の動きを助けてあげるような身体的援助や体重(身体)を支える必要のない他の援助が3回以上
- 3. 広範な援助: 動作の一部は自分でできる
 - ・体重(身体)を支える援助
 - ・毎日ではないが全面介助
- 4. 全面依存: まる7日間すべての面で他の者が全面介助した
- 8. 本動作は7日間の間に1回もなかった (能力の有無を問わない)

a. ベッド上の可動性	自分でベッド上で横になったり、起き上がったり、寝返りを打ったり、からだを動かす	<input type="checkbox"/>
b. 移行	ベッドから車いす、車いすからいすなどの間を移行する(浴槽や便器などへの移行を除く)	<input type="checkbox"/>
c. 移動	家の中を移動する (車いすなら、車いすに移行したあと)	<input type="checkbox"/>
d. 家の中の歩行	家の中を歩く (杖、歩行器、松葉杖などを用いる場合を含む)	<input type="checkbox"/>
e. 着衣	タンスから衣類を取り出し、衣服を脱いだり、着たりする	<input type="checkbox"/>
f. 食事	食べたり、饮んだりする(経管栄養を含む)	<input type="checkbox"/>
g. トイレの使用	トイレ(ポータブルトイレ、便器や採尿器を含む)を使用する; 便器への移行、排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服の整理を含む	<input type="checkbox"/>
h. 個人衛生	髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、洗顔する、手や陰部を洗う(入浴、シャワーを除く)	<input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ 該当するものをすべてチェック

G 7. 入浴	自分で入浴する（清拭を含む、背中を洗うことと洗髪は含まない） ; 入浴サービスの利用を含む 0. 自立、自分で行った 1. 観察・見守りのみ 2. 浴槽への移行の時のみ援助 3. 入浴について部分的に援助 4. 全面的に援助 8. 入浴はしなかった	<input type="checkbox"/>
---------	---	--------------------------

H. 排泄（過去14日間）

H 1. 尿失禁	過去14日間、尿・膀胱機能のコントロールの状況（下着がびしょ濡れになるかどうかが問題、おむつを除けばカテーテル等の器材を使用しても、定時排尿を行っていてもよい）	
	0. 完全にコントロールできる 1. 通常は失禁しない：週1回以下 2. 時々失禁する：週2回以上ではあるが、毎日ではない 3. しばしば失禁する：毎日失禁する傾向にあるが、いくらかコントロールが保たれている 4. 失禁状態：コントロール不十分、毎日頻回に失禁	<input type="checkbox"/>
H 2. 尿失禁用器材	過去14日間に該当するものをすべてチェック	
	a. おむつ（パッド、ブリーフを含む） b. コンドームカテーテル c. 留置カテーテル d. 上記のいずれでもない	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
H 3. 便失禁	過去14日間の便のコントロールの状況（ストーマや定時排便を行っている場合を含む）	
	0. 完全にコントロールできる 1. 通常は失禁しない：週1回以下 2. 時々失禁する：週2回以上ではあるが、毎日ではない 3. しばしば失禁する：毎日失禁する傾向にあるが、いくらかコントロールが保たれている 4. 失禁状態：コントロール不十分、毎日頻回に失禁	<input type="checkbox"/>
H 4. その他の便の問題	該当するものをすべてチェック	
	a. 毎日下剤を使用 b. 過去90日間に、明らかに痔による出血以外の血が便に混じる c. 上記のいずれでもない	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

I. 疾 患

I 1. 疾 患	現在の状況に影響し、医師が治療や管理を要すると指摘した疾患、 また、過去 180日間に入院理由となった疾患についてもすべてチェック		
	<u>循 環 器</u>	a. 脳卒中	a.
		b. うつ血性心不全	b.
		c. 冠状動脈疾患	c.
		d. 高血圧症	d.
		e. 不整脈／心房細動	e.
		f. 末梢血管疾患	f.
	<u>神 経</u>	g. アルツハイマー型痴呆症	g.
		h. アルツハイマー型以外の痴呆症	h.
		i. 頭部外傷	i.
		j. 多発性硬化症	j.
		k. パーキンソン病	k.
	<u>筋 骨 格</u>	l. 関節炎	l.
		m. 大腿骨骨折	m.
		n. その他の骨折	n.
		o. 骨粗鬆症	o.
	<u>感 覚 器</u>	p. 白内障	p.
		q. 緑内障	q.
	<u>精 神 科</u>	r. 精神科診断（内容問わない）	r.
	<u>感 染 症</u>	s. H I V感染	s.
		t. 肺 炎	t.
		u. 結 核	u.
		v. 尿路感染症（過去30日間）	v.
	<u>そ の 他</u>	w. がん（過去 5 年間、皮膚がんは含まない）	w.
		x. 糖尿病	x.
		y. 胃 炎／胃潰瘍	y.
		z. 肺気腫／慢性閉塞性肺疾患／喘息	z.
		aa. 腎不全	aa.
		bb. 甲状腺疾患（既往にあれば）	bb.
		cc. 上記のいずれでもない	cc.
I 2. その他の疾患、 あるいはより 詳細な診断名と その I C D - 10 コード	a. _____ . b. _____ . c. _____ . d. _____ .		

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

J. 健康状態および予防

J 1. 予 防	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 女性ならば、過去2年間に専門家と子宮がん検診について相談 過去2年間に以下を受ける</p> <p>b. 血圧測定</p> <p>c. (女性なら) 乳房の触診かマモグラフィー</p> <p>d. <u>上記のいずれでもない</u></p>		<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p>
J 2. 現 症 (2日以上存在)	<p>過去7日間のうち、2日以上に見られた症状をすべてチェック</p> <p>a. 下痢</p> <p>b. 排尿困難または夜間に3回以上排尿</p> <p>c. 発熱</p> <p>d. 食欲不振</p> <p>e. 嘔吐</p> <p>f. <u>上記のいずれでもない</u></p>		<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p> <p>e. <input type="checkbox"/></p> <p>f. <input type="checkbox"/></p>
J 3. 現 症 (過去7日間)	<p>過去7日間に見られた症状をすべてチェック</p> <p><u>身体症状</u></p> <p>a. 咳痰の量の変化</p> <p>b. 胸痛</p> <p>c. 便秘(便秘のみ、過去7日間のうち4日以上)</p> <p>d. めまい</p> <p>e. 浮腫</p> <p>f. 息切れ</p> <p><u>精神症状</u></p> <p>g. 妄想</p> <p>h. 幻覚</p> <p>i. <u>上記のいずれでもない</u></p>		<p>a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. <input type="checkbox"/></p> <p>e. <input type="checkbox"/></p> <p>f. <input type="checkbox"/></p> <p>g. <input type="checkbox"/></p> <p>h. <input type="checkbox"/></p> <p>i. <input type="checkbox"/></p>
J 4. 痛 み	<p>a. 過去7日間にしばしば痛みの訴えや兆候</p> <p>0. 痛みはない 1. 痛みはあるが毎日ではない 2. 痛みは毎日ある <input type="checkbox"/></p> <p>b. 新たな痛みの発生</p> <p>0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/></p> <p>c. 性質や強さが普通でない痛み</p> <p>0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/></p> <p>d. 日常の活動を妨げるような痛み</p> <p>0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/></p>		
J 5. 転倒頻度	<p>過去180日間に転倒した回数 (9回以上のときは「9」、1回もないときは「0」を記入)</p>		<input type="checkbox"/>



該当する番号を1つ選ぶ



該当するものをすべてチェック

J 6. 転倒の危険	a. 不安定な歩行 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/>
	b. 本人が転倒を恐れて活動を制限 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/>
J 7. 予後と健康状態	a. 健康状態がよくないと感じている(質問した場合に) 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/>
	b. 予後や6ヶ月以内の余命しかない(医師が本人ないし家族に、病気が末期状態であると伝えてある) 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/>
J 8. その他の状況	過去30日間に該当するものをすべてチェック a. 説明がつかないけが、骨折、火傷がある b. 衛生状態が異常に悪い c. 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいたいでいる d. 放置、暴力、虐待を受けている e. 身体抑制を受けている(四肢の抑制、ベッドレールの使用、いすに固定、家の中にとじこめられている) f. 上記のいずれでもない
	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/>

K. 栄養状態

K 1. 体重の変化	体重減少が目標でないにもかかわらず、体重の減少が過去30日間に5%以上、あるいは過去180日間に10%以上 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/>
K 2. 食事摂取	a. 過去7日間のうちで、4日以上、1日に1回以下しか食事をしない 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/>
	b. 過去3日間において、通常摂取する食事や水分の量が目立って減少 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/>

L. 歯および口腔状態

L 1. 口腔状態	該当するものをすべてチェック a. 咀しゃくないし嚥下に問題(たとえば、食べている時の痛み) b. 食事中に口の中が「かわいている」と感じる c. 歯みがきや入れ歯みがきに問題 d. 上記のいずれでもない
-----------	--

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

M. 皮膚の状態

M 1. 皮膚の問題	過去30日間における問題となるような皮膚の状態やその変化 (火傷、打撲、創傷、湿疹、かゆみ、疥癬、しらみなどがある)		
	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
M 2. 祛創既往	過去に一度でも身体のどこかに祛創があった		
	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
M 3. 痢 創	祛創などの潰瘍 [もしあれば、その最もひどい状態について記入する]		
	0.なし		
	1.第Ⅰ度：皮膚が持続して発赤している部位がある		
	2.第Ⅱ度：皮膚層の部分的喪失 (びらん、水疱、浅いくぼみなど)		
	3.第Ⅲ度：皮膚に深い潰瘍がある		
	4.第Ⅳ度：筋肉や骨が露出している	<input type="checkbox"/>	
M 4. 足の問題	該当するものをすべてチェック		
	a.魚の目、たこ、感染、真菌、外反母趾等	a.	<input type="checkbox"/>
	b.目でわかるような足の病変	b.	<input type="checkbox"/>
	c.過去90日間、つめ、たこが削られていない	c.	<input type="checkbox"/>
	d.過去90日間、足の状態を本人ないし他者によって観察されていない	d.	<input type="checkbox"/>
	e.上記いずれでもない	e.	<input type="checkbox"/>

N. 薬 剤

N 1. 薬剤の種類	過去7日間に使用した異なる薬剤の種類の数 [毎日でなくとも、1回でも使用したら数に入れる、軟膏、点眼薬や処方なしで買った薬を含む] (なければ「0」、9つ以上ならば「9」を記入)		
	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
N 2. 向精神薬の服用	過去7日間における薬剤の服用 (下記の薬効に該当する処方薬の有無を確認)		
	0.いいえ	1.はい	<input type="checkbox"/>
	a.抗精神病薬	<input type="checkbox"/>	↓
	b.抗不安薬	<input type="checkbox"/>	
	c.抗うつ剤	<input type="checkbox"/>	
	d.催眠剤	<input type="checkbox"/>	
N 3. 薬のアレルギー	薬のアレルギーがある		
	0.いいえ	1.ある (具体的に)	<input type="checkbox"/>
N 4. 医学的管理	現在使用しているすべての薬について、少なくとも1人の医師が把握している		
	0.少なくとも1人の医師と相談 (あるいは全く服用していない)		
	1.すべてを把握している医師は1人もいない	<input type="checkbox"/>	

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものを全てチェック

O. 治療方針の順守

O 1. 特別な治療・ケア	過去14日間に受けた、あるいは受ける予定のあった治療、療法とその順守 (受ける場所は在宅であっても施設であってもよい)																																																																												
	<p>0.該当せず</p> <p>1.予定されており、指示されたとおり完全に守られた</p> <p>2.予定されていたが、指示されたとおりには完全には守られなかった</p>																																																																												
	<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="457 444 774 478">治療内容</th> <th data-bbox="917 444 1028 478">療 法</th> <th data-bbox="1298 489 1398 523"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="480 500 758 534">a.筋肉注射・皮内注射</td> <td data-bbox="798 500 901 534">a. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 500 1083 534">q. 理学療法 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 500 1398 534">q. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 545 623 579">b.静脈注射</td> <td data-bbox="798 545 901 579">b. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 545 1083 579">r. 作業療法 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 545 1398 579">r. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 590 615 624">c.点 滴</td> <td data-bbox="798 590 901 624">c. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 590 1083 624">s. 言語療法 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 590 1398 624">s. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 635 671 669">d.中心静脈栄養</td> <td data-bbox="798 635 901 669">d. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 635 1083 669">t. 運動療法 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 635 1398 669">t. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 680 615 714">e.透 析</td> <td data-bbox="798 680 901 714">e. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 680 1083 714">u. 呼吸療法 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 680 1398 714">u. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 725 703 759">f.ストーマのケア</td> <td data-bbox="798 725 901 759">f. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="909 770 1107 804"><u>ケアプログラム</u></td> <td data-bbox="1298 770 1398 804"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 815 758 848">g.間歇的酸素療法(轟)</td> <td data-bbox="798 815 901 848">g. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 815 1131 848">v. デイサービス <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 815 1398 848">v. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 860 782 893">h.持続的酸素療法(上記外)</td> <td data-bbox="798 860 901 893">h. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 860 1083 893">w. デイケア <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 860 1398 893">w. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 905 703 938">i.持続的酸素療法</td> <td data-bbox="798 905 901 938">i. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 905 1210 938">x. 家族会(痴呆老人の会など) <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 905 1398 938">x. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 950 703 983">j.レスピレーター</td> <td data-bbox="798 950 901 983">j. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 950 1083 983">y. 外来通院 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 950 1398 983">y. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 994 703 1028">k.気管切開のケア</td> <td data-bbox="798 994 901 1028">k. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 994 1083 1028">z. 緩和ケア <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 994 1398 1028">z. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1039 647 1073">l.痛みの管理</td> <td data-bbox="798 1039 901 1073">l. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="909 1084 1155 1118"><u>在宅での特別な対応</u></td> <td data-bbox="1298 1084 1398 1118"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1129 647 1163">m.放射線治療</td> <td data-bbox="798 1129 901 1163">m. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 1129 1274 1163">aa. 緊急通報用の器材(ベンダント等) <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 1129 1398 1163">aa. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1174 615 1208">n.抗がん剤</td> <td data-bbox="798 1174 901 1208">n. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 1174 1274 1208">bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日) <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 1174 1398 1208">bb. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1219 782 1253">o.アルコール/薬物依存の治療</td> <td data-bbox="798 1219 901 1253">o. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 1219 1210 1253">cc. モニター測定(毎日以下) <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 1219 1398 1253">cc. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1264 623 1298">p.経管栄養</td> <td data-bbox="798 1264 901 1298">p. <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="941 1264 1099 1298">dd. 皮膚の治療 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 1264 1398 1298">dd. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1309 623 1343"></td> <td data-bbox="798 1309 901 1343"></td> <td data-bbox="941 1309 1099 1343">ee. 特別治療食 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 1309 1398 1343">ee. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1354 623 1388"></td> <td data-bbox="798 1354 901 1388"></td> <td data-bbox="941 1354 1099 1388">ff. そ の 他 <input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1298 1354 1398 1388">ff. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	治療内容	療 法		a.筋肉注射・皮内注射	a. <input type="checkbox"/>	q. 理学療法 <input type="checkbox"/>	q. <input type="checkbox"/>	b.静脈注射	b. <input type="checkbox"/>	r. 作業療法 <input type="checkbox"/>	r. <input type="checkbox"/>	c.点 滴	c. <input type="checkbox"/>	s. 言語療法 <input type="checkbox"/>	s. <input type="checkbox"/>	d.中心静脈栄養	d. <input type="checkbox"/>	t. 運動療法 <input type="checkbox"/>	t. <input type="checkbox"/>	e.透 析	e. <input type="checkbox"/>	u. 呼吸療法 <input type="checkbox"/>	u. <input type="checkbox"/>	f.ストーマのケア	f. <input type="checkbox"/>	<u>ケアプログラム</u>		g.間歇的酸素療法(轟)	g. <input type="checkbox"/>	v. デイサービス <input type="checkbox"/>	v. <input type="checkbox"/>	h.持続的酸素療法(上記外)	h. <input type="checkbox"/>	w. デイケア <input type="checkbox"/>	w. <input type="checkbox"/>	i.持続的酸素療法	i. <input type="checkbox"/>	x. 家族会(痴呆老人の会など) <input type="checkbox"/>	x. <input type="checkbox"/>	j.レスピレーター	j. <input type="checkbox"/>	y. 外来通院 <input type="checkbox"/>	y. <input type="checkbox"/>	k.気管切開のケア	k. <input type="checkbox"/>	z. 緩和ケア <input type="checkbox"/>	z. <input type="checkbox"/>	l.痛みの管理	l. <input type="checkbox"/>	<u>在宅での特別な対応</u>		m.放射線治療	m. <input type="checkbox"/>	aa. 緊急通報用の器材(ベンダント等) <input type="checkbox"/>	aa. <input type="checkbox"/>	n.抗がん剤	n. <input type="checkbox"/>	bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日) <input type="checkbox"/>	bb. <input type="checkbox"/>	o.アルコール/薬物依存の治療	o. <input type="checkbox"/>	cc. モニター測定(毎日以下) <input type="checkbox"/>	cc. <input type="checkbox"/>	p.経管栄養	p. <input type="checkbox"/>	dd. 皮膚の治療 <input type="checkbox"/>	dd. <input type="checkbox"/>			ee. 特別治療食 <input type="checkbox"/>	ee. <input type="checkbox"/>			ff. そ の 他 <input type="checkbox"/>	ff. <input type="checkbox"/>	
治療内容	療 法																																																																												
a.筋肉注射・皮内注射	a. <input type="checkbox"/>	q. 理学療法 <input type="checkbox"/>	q. <input type="checkbox"/>																																																																										
b.静脈注射	b. <input type="checkbox"/>	r. 作業療法 <input type="checkbox"/>	r. <input type="checkbox"/>																																																																										
c.点 滴	c. <input type="checkbox"/>	s. 言語療法 <input type="checkbox"/>	s. <input type="checkbox"/>																																																																										
d.中心静脈栄養	d. <input type="checkbox"/>	t. 運動療法 <input type="checkbox"/>	t. <input type="checkbox"/>																																																																										
e.透 析	e. <input type="checkbox"/>	u. 呼吸療法 <input type="checkbox"/>	u. <input type="checkbox"/>																																																																										
f.ストーマのケア	f. <input type="checkbox"/>	<u>ケアプログラム</u>																																																																											
g.間歇的酸素療法(轟)	g. <input type="checkbox"/>	v. デイサービス <input type="checkbox"/>	v. <input type="checkbox"/>																																																																										
h.持続的酸素療法(上記外)	h. <input type="checkbox"/>	w. デイケア <input type="checkbox"/>	w. <input type="checkbox"/>																																																																										
i.持続的酸素療法	i. <input type="checkbox"/>	x. 家族会(痴呆老人の会など) <input type="checkbox"/>	x. <input type="checkbox"/>																																																																										
j.レスピレーター	j. <input type="checkbox"/>	y. 外来通院 <input type="checkbox"/>	y. <input type="checkbox"/>																																																																										
k.気管切開のケア	k. <input type="checkbox"/>	z. 緩和ケア <input type="checkbox"/>	z. <input type="checkbox"/>																																																																										
l.痛みの管理	l. <input type="checkbox"/>	<u>在宅での特別な対応</u>																																																																											
m.放射線治療	m. <input type="checkbox"/>	aa. 緊急通報用の器材(ベンダント等) <input type="checkbox"/>	aa. <input type="checkbox"/>																																																																										
n.抗がん剤	n. <input type="checkbox"/>	bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日) <input type="checkbox"/>	bb. <input type="checkbox"/>																																																																										
o.アルコール/薬物依存の治療	o. <input type="checkbox"/>	cc. モニター測定(毎日以下) <input type="checkbox"/>	cc. <input type="checkbox"/>																																																																										
p.経管栄養	p. <input type="checkbox"/>	dd. 皮膚の治療 <input type="checkbox"/>	dd. <input type="checkbox"/>																																																																										
		ee. 特別治療食 <input type="checkbox"/>	ee. <input type="checkbox"/>																																																																										
		ff. そ の 他 <input type="checkbox"/>	ff. <input type="checkbox"/>																																																																										
O 2. 薬剤のコンプライアンス	医師によって処方された薬をいつも、あるいはほとんどいつも指示通り服用している																																																																												
	<p>0.常に従う</p> <p>1.80%以上は従っている</p> <p>2.80%未満しか従っていない</p> <p>3.薬剤は処方されていない</p>																																																																												



該当する番号を1つ選ぶ



該当するものをすべてチェック

P. 過去90日間における全体状況

P 1. ケアニーズの変化	90日前と比べて、高齢者の全体的な自立状況は著しく変化している 0. 不変 1. 改善（援助が減る） 2. 悪化（援助が増える）	<input type="checkbox"/>
P 2. 居住形態の変化	a. 90日前と比べて、居住形態が変わり、同居者等がより支援できるようになった（自分が移る、他者が移ってくる、同居者が時間にもっと余裕ができたことを含む） 0. いいえ 1. はい	<input type="checkbox"/>
	b. 高齢者本人ないし主たる介護者は高齢者が他へ移った方が本人のためによいと考えている 0. いいえ 1. 高齢者本人のみ 2. 主たる介護者のみ 3. 高齢者と主たる介護者とも	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P 3. 達成されたケア目標の有無	過去90日間に、ケア目標のいずれかが達成されている 0. いいえ 1. はい	<input type="checkbox"/>
P 4. 入院・救急外来	a. 過去90日間における入院回数（1回も入院していなければ「0」、9回以上ならば「9」をそれぞれ記入） b. 過去90日間に、入院には至らないが救急外来を受診した回数（1回も受診していなければ「0」、9回以上ならば「9」をそれぞれ記入）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Q. 環境評価

Q 1. 居住環境	居住環境を危険にしている、あるいは住めなくしている次のような要因があれば、該当するものをすべてチェック a. 照明（明るさは適切か、漏電の心配） b. 床の状態（凹凸や段差、電気のコードにつっかかる） c. 浴室およびトイレの環境（すべりやすい浴槽、必要であるにもかかわらず手すりがない、水もれ、トイレの使用に支障） d. 台所環境（危険なガス台、冷蔵庫が壊れている、ねずみや虫が出る） e. 暖房や空調（冬に寒すぎる、夏に暑すぎる） f. 身の安全（屋外に出た際の危険、交通量が多い） g. 玄関や玄関先（出入りが困難など） h. 家の中の部屋へのアクセス（階段の上り下りができないなど） i. 上記のいずれでもない	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/> i. <input type="checkbox"/>
Q 2. 家計の切りつけ	前月の家計に困ったため、在宅ケアサービスを受けるために食料品や光熱費についてやりくりした 0. いいえ 1. はい	<input type="checkbox"/>
Q 3. 経済状態	世帯の経済状態 0. 比較的裕福 1. 普通 2. やや困窮 3. 生活保護	<input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

要介護度総合分類アセスメント表

対象者の属性

フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	1.男 2.女
------------	--	----	---	----	---------

A. 認知能力

過去7日間の状況で判断

ア. 短期記憶	短期記憶に問題ない（5分後に覚えているように見える） 0.問題なし 1.問題あり	<input type="checkbox"/>
イ. 日常の意思決定を行うための認知能力	どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなしとげるか（たとえば、起床や食事するべき時間がわかる、衣服を選ぶ、どんな活動をする） 0.自立：首尾一貫して的確である 1.限定的に自立：新しい事態に直面したときにのみいくらか困難がある 2.中程度の障害：判断力が弱く、合図や見守りが必要である 3.重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない	<input type="checkbox"/>
ウ. 自分を理解させることができる	どんな方法を用いて表現してもよい 0.理解させることができ 1.通常は理解させることができるが、ことばを思い出したり考えをまとめるのが困難 2.時々は理解させることができるが、その能力は具体的な欲求（食事、トイレなど）に限られる 3.ほとんどまたはまったく理解させることができない	<input type="checkbox"/>

B. IADL（手段的日常生活能力）

IADL実施上の困難<自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ> 過去7日間の状況で判断

0.問題ない	
1.いくらか困難（援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる）	
2.非常に困難（ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない）	
ア. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える、料理する、材料を用意する、配膳する)
イ. 家事一般	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯
ウ. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定
エ. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用 (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)
オ. 電話の利用	自分で電話をかける (必要に応じて音の拡大装置を使ってもよい)
カ. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う
キ. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動)

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

(970920版)

C. A D L (日常生活における自己動作)

過去7日間すべての状況を考慮して評価する。

0. 自立 : 自分でできる
・手助けまたは見守りは不要。または、1~2回のみ
1. 観察・誘導 : 見守りや励ましがあれば自分でできる
・見守り、励まし、または誘導が3回以上
・見守りが3回以上および身体的援助が1~2回のみ
2. 部分的な援助 : かなりの動作は自分でできる
・四肢の動きを助けてあげるような身体的援助や体重(身体)を支える必要のない他の援助が3回以上
3. 広範な援助 : 動作の一部は自分でできる
・体重(身体)を支える援助、または毎日ではないが全面介助
4. 全面依存 : まる7日間すべての面で他の者が全面介助した
8. 本動作は7日間の間に1回もなかった (能力の有無を問わない)

ア. 移動	家の中を移動する(車いすなら、車いすに移行したあと)	<input type="checkbox"/>
イ. 着衣	タンスから衣類を取り出し、衣服を脱いだり、着たりする	<input type="checkbox"/>
ウ. 食事	食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)	<input type="checkbox"/>
エ. トイレの使用	トイレ(ポータブル、便器や採尿器を含む)を使用する; 便器への移行、排泄後の始末、おむつ交換、人工肛門・カテーテルの管理、衣服の整理を含む	<input type="checkbox"/>

D. 特別な治療・ケア

過去14日間に受けた治療・ケアのすべてにチェック

治療内容

ア. 筋肉注射・皮内注射

ア.

シ. 痛みの管理

シ.

イ. 静脈注射

イ.

ス. 放射線治療

ス.

ウ. 点滴

ウ.

セ. 抗がん剤

セ.

エ. 中心静脈栄養

エ.

ソ. 経管栄養

ソ.

オ. 透析

オ.

タ. 緩和ケア

タ.

カ. ストーマのケア

カ.

在宅での特別な対応

チ.

キ. 間歇的酸素療法

キ.

チ. モニター測定(毎日)

チ.

ク. 持続的酸素療法(濃縮)

ク.

ツ. 皮膚の治療

ツ.

ケ. 持続的酸素療法(上記以外)

ケ.

尿失禁用器材

テ.

コ. レスピレーター

コ.

テ. コンドームカテーテル

テ.

サ. 気管切開のケア

サ.

ト. 留置カテーテル

ト.

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

要介護度総合分類の開発
に関する調査研究

発 行 日本医師会総合政策研究機構

〒113 東京都文京区本駒込 2-28-16

日本医師会館内 ☎ 03(3946)2121(代)

代 表 坪 井 栄 孝

平成9年12月 発行