

付 属 資 料

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	<small>フリガナ</small> 姓	<small>フリガナ</small> 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
	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)	
	2. 配偶者のみ	5. 他の親族等 (配偶者、子供以外)	
	3. 配偶者と子供など	6. <u>上記に該当なし</u>	<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. <u>上記に該当なし</u>		<input type="checkbox"/>
I 7. 終末期に対する希望	1. 入院せず在宅で	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	<small>フリガナ</small> 姓	<small>フリガナ</small> 名	
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

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（あるいは生きていく価値がない、もうどうなってもよい、自分はだれの役にもたえない、死んだほうがまだ） <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ろい <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. 社会的に不適當なまたは混乱させる行動（邪魔になる音をたてる、騒々しい、さげふ、自傷行為、人前で性的行動あるいは衣類を脱ぐ、食事や糞便をぬりたくる、放りなげる、所有物をかきまわす、同じ行動を繰り返す、早朝起きて迷惑をかける） <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

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

<p>ア. IADL自立度の分類（過去7日間）</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. いつも援助をもらって行われた 3. 他者が全部を行った 8. 本活動は1度も行われなかった 	<p>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〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. 問題ない 1. いくらか困難（援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる） 2. 非常に困難（ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない）
--	---

		ア	イ
a. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える、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、家の中の整理、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	<p>a. 杖、歩行器、松葉杖</p> <p>0. いいえ 1. はい <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>b. 主な移動手段は車いす</p> <p>0. いいえ 1. はい <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>		
G 3. 階段昇降	<p>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</p> <p>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）</p> <p>1. 他者の援助によって上り下りする</p> <p>2. 上り下りしなかったが、援助なしにできる</p> <p>3. 上り下りしなかったが、援助があればできる</p> <p>4. 上り下りせず、その能力もない</p> <p>8. 不明、上り下りせず、能力があるかどうか判断できない <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>		
G 4. 健康活動	<p>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よい)</p> <p>0. 毎日 2. 週に1日</p> <p>1. 週に2～6日 3. 1日もない <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>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）</p> <p>0. 2時間以上 1. 2時間未満 <input style="float: right;" 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 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)			<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)			<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、飲んだりする(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. <u>上記のいずれでもない</u>	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. 毎低下剤を使用 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. <u>上記のいずれでもない</u>	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

<p>I 1. 疾 患</p>	<p>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</p> <p><u>循 環 器</u> a. 脳卒中 a. <input type="checkbox"/> b. うっ血性心不全 b. <input type="checkbox"/> c. 冠状動脈疾患 c. <input type="checkbox"/> d. 高血圧症 d. <input type="checkbox"/> e. 不整脈/心房細動 e. <input type="checkbox"/> f. 末梢血管疾患 f. <input type="checkbox"/></p> <p><u>神 経</u> g. アルツハイマー型痴呆症 g. <input type="checkbox"/> h. アルツハイマー型以外の痴呆症 h. <input type="checkbox"/> i. 頭部外傷 i. <input type="checkbox"/> j. 多発性硬化症 j. <input type="checkbox"/> k. パーキンソン病 k. <input type="checkbox"/></p> <p><u>筋 骨 格</u> l. 関節炎 l. <input type="checkbox"/> m. 大腿骨骨折 m. <input type="checkbox"/> n. その他の骨折 n. <input type="checkbox"/> o. 骨粗鬆症 o. <input type="checkbox"/></p> <p><u>感 覚 器</u> p. 白内障 p. <input type="checkbox"/> q. 緑内障 q. <input type="checkbox"/></p> <p><u>精 神 科</u> r. 精神科診断 (内容問わない) r. <input type="checkbox"/></p> <p><u>感 染 症</u> s. HIV感染 s. <input type="checkbox"/> t. 肺 炎 t. <input type="checkbox"/> u. 結 核 u. <input type="checkbox"/> v. 尿路感染症 (過去30日間) v. <input type="checkbox"/></p> <p><u>そ の 他</u> w. がん (過去5年間、皮膚がんは含まない) w. <input type="checkbox"/> x. 糖尿病 x. <input type="checkbox"/> y. 胃 炎/胃潰瘍 y. <input type="checkbox"/> z. 肺気腫/慢性閉塞性肺疾患/喘息 z. <input type="checkbox"/> aa. 腎不全 aa. <input type="checkbox"/> bb. 甲状腺疾患 (既往にあれば) bb. <input type="checkbox"/> cc. 上記のいずれでもない cc. <input type="checkbox"/></p>
<p>I 2. その他の疾患、 あるいはより 詳細な診断名と そのICD-10 コード</p>	<p>a. _____ </p> <p>b. _____ </p> <p>c. _____ </p> <p>d. _____ </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

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ヵ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			a. <input type="checkbox"/>
	b. 衛生状態が異常に悪い			b. <input type="checkbox"/>
	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だいている			c. <input type="checkbox"/>
	d. 放置、暴力、虐待を受けている			d. <input type="checkbox"/>
	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）			e. <input type="checkbox"/>
	f. <u>上記のいずれでもない</u>			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. 咀嚼できないし嚥下に問題（たとえば、食べている時の痛み）			a. <input type="checkbox"/>
	b. 食事中に口の中が「かわいている」と感じる			b. <input type="checkbox"/>
	c. 歯みがきや入れ歯みがきに問題			c. <input type="checkbox"/>
	d. <u>上記のいずれでもない</u>			d. <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

0. 治療方針の順守

<p>01. 特別な治療・ケア</p>	<p>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> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <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> </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 30%;">治療内容</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="text-align: center; width: 30%;">療 法</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. 筋肉注射・皮内注射</td> <td>a.</td> <td>q. 理学療法</td> <td>q.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. 静脈注射</td> <td>b.</td> <td>r. 作業療法</td> <td>r.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. 点 滴</td> <td>c.</td> <td>s. 言語療法</td> <td>s.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. 中心静脈栄養</td> <td>d.</td> <td>t. 運動療法</td> <td>t.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. 透 析</td> <td>e.</td> <td>u. 呼吸療法</td> <td>u.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. ストーマのケア</td> <td>f.</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><u>ケアプログラム</u></td> </tr> <tr> <td>g. 間歇的酸素療法(嚙)</td> <td>g.</td> <td>v. デイサービス</td> <td>v.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. 持続的酸素療法(上記以外)</td> <td>h.</td> <td>w. デイケア</td> <td>w.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. 持続的酸素療法</td> <td>i.</td> <td>x. 家族会(痴呆老人の会など)</td> <td>x.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j. レスピレーター</td> <td>j.</td> <td>y. 外来通院</td> <td>y.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k. 気管切開のケア</td> <td>k.</td> <td>z. 緩和ケア</td> <td>z.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l. 痛みの管理</td> <td>l.</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><u>在宅での特別な対応</u></td> </tr> <tr> <td>m. 放射線治療</td> <td>m.</td> <td>aa. 緊急通報用の器材(ペンダント等)</td> <td>aa.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>n. 抗がん剤</td> <td>n.</td> <td>bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日)</td> <td>bb.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>o. アルコール/薬物依存の治療</td> <td>o.</td> <td>cc. モニター測定(毎日以下)</td> <td>cc.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>p. 経管栄養</td> <td>p.</td> <td>dd. 皮膚の治療</td> <td>dd.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ee. 特別治療食</td> <td>ee.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ff. その他</td> <td>ff.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	治療内容		療 法			a. 筋肉注射・皮内注射	a.	q. 理学療法	q.	<input type="checkbox"/>	b. 静脈注射	b.	r. 作業療法	r.	<input type="checkbox"/>	c. 点 滴	c.	s. 言語療法	s.	<input type="checkbox"/>	d. 中心静脈栄養	d.	t. 運動療法	t.	<input type="checkbox"/>	e. 透 析	e.	u. 呼吸療法	u.	<input type="checkbox"/>	f. ストーマのケア	f.	<u>ケアプログラム</u>			g. 間歇的酸素療法(嚙)	g.	v. デイサービス	v.	<input type="checkbox"/>	h. 持続的酸素療法(上記以外)	h.	w. デイケア	w.	<input type="checkbox"/>	i. 持続的酸素療法	i.	x. 家族会(痴呆老人の会など)	x.	<input type="checkbox"/>	j. レスピレーター	j.	y. 外来通院	y.	<input type="checkbox"/>	k. 気管切開のケア	k.	z. 緩和ケア	z.	<input type="checkbox"/>	l. 痛みの管理	l.	<u>在宅での特別な対応</u>			m. 放射線治療	m.	aa. 緊急通報用の器材(ペンダント等)	aa.	<input type="checkbox"/>	n. 抗がん剤	n.	bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日)	bb.	<input type="checkbox"/>	o. アルコール/薬物依存の治療	o.	cc. モニター測定(毎日以下)	cc.	<input type="checkbox"/>	p. 経管栄養	p.	dd. 皮膚の治療	dd.	<input type="checkbox"/>			ee. 特別治療食	ee.	<input type="checkbox"/>			ff. その他	ff.	<input type="checkbox"/>
治療内容		療 法																																																																																														
a. 筋肉注射・皮内注射	a.	q. 理学療法	q.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
b. 静脈注射	b.	r. 作業療法	r.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
c. 点 滴	c.	s. 言語療法	s.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
d. 中心静脈栄養	d.	t. 運動療法	t.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
e. 透 析	e.	u. 呼吸療法	u.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
f. ストーマのケア	f.	<u>ケアプログラム</u>																																																																																														
g. 間歇的酸素療法(嚙)	g.	v. デイサービス	v.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
h. 持続的酸素療法(上記以外)	h.	w. デイケア	w.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
i. 持続的酸素療法	i.	x. 家族会(痴呆老人の会など)	x.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
j. レスピレーター	j.	y. 外来通院	y.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
k. 気管切開のケア	k.	z. 緩和ケア	z.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
l. 痛みの管理	l.	<u>在宅での特別な対応</u>																																																																																														
m. 放射線治療	m.	aa. 緊急通報用の器材(ペンダント等)	aa.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
n. 抗がん剤	n.	bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日)	bb.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
o. アルコール/薬物依存の治療	o.	cc. モニター測定(毎日以下)	cc.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
p. 経管栄養	p.	dd. 皮膚の治療	dd.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
		ee. 特別治療食	ee.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
		ff. その他	ff.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
<p>02. 薬剤のコンプライアンス</p>	<p>医師によって処方された薬をいつも、あるいはほとんどいつも指示通り服用している</p> <p>0. 常に従う</p> <p>1. 80%以上は従っている</p> <p>2. 80%未満しか従っていない</p> <p>8. 薬剤は処方されていない <input type="checkbox"/></p>																																																																																															

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

P. 過去90日間における全体状況

<p>P 1. ケアニーズの変化</p>	<p>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</p> <p>0. 不 変</p> <p>1. 改 善（援助が減る）</p> <p>2. 悪 化（援助が増える）</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P 2. 居住形態の変化</p>	<p>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）</p> <p>0. いいえ</p> <p>1. は い</p> <p>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</p> <p>0. いいえ</p> <p>2. 主たる介護者のみ</p> <p>1. 高齢者本人のみ</p> <p>3. 高齢者と主たる介護者とも</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P 3. 達成されたケア目標の有無</p>	<p>過去90日間に、ケア目標のいずれかが達成されている</p> <p>0. いいえ</p> <p>1. は い</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P 4. 入院・救急外来</p>	<p>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）</p> <p>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）</p>	<input type="checkbox"/>

Q. 環境評価

<p>Q 1. 居住環境</p>	<p>居住環境を危険にしている、あるいは住めなくしている次のような要因があれば、該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 照明（明るさは適切か、漏電の心配）</p> <p>b. 床の状態（凹凸や段差、電気のコードにつっかかる）</p> <p>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）</p> <p>d. 台所環境（危険なガス台、冷蔵庫が壊れている、ねずみや虫が出る）</p> <p>e. 暖房や空調（冬に寒すぎる、夏に暑すぎる）</p> <p>f. 身の安全（屋外に出た際の危険、交通量が多い）</p> <p>g. 玄関や玄関先（出入りが困難など）</p> <p>h. 家の中の部屋へのアクセス（階段の上り下りができないなど）</p> <p>i. <u>上記のいずれでもない</u></p>	<input type="checkbox"/>
<p>Q 2. 家計の切り詰め</p>	<p>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</p> <p>0. いいえ</p> <p>1. は い</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Q 3. 経済状態</p>	<p>世帯の経済状態</p> <p>0. 比較的裕福</p> <p>1. 普 通</p> <p>2. やや困窮</p> <p>3. 生活保護</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

C. ADL（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

<u>治療内容</u>		シ. 痛みの管理	シ. <input type="checkbox"/>
ア. 筋肉注射・皮内注射	ア. <input type="checkbox"/>	ス. 放射線治療	ス. <input type="checkbox"/>
イ. 静脈注射	イ. <input type="checkbox"/>	セ. 抗がん剤	セ. <input type="checkbox"/>
ウ. 点滴	ウ. <input type="checkbox"/>	ソ. 経管栄養	ソ. <input type="checkbox"/>
エ. 中心静脈栄養	エ. <input type="checkbox"/>	<u>ケアプログラム</u>	
オ. 透析	オ. <input type="checkbox"/>	タ. 緩和ケア	タ. <input type="checkbox"/>
カ. ストーマのケア	カ. <input type="checkbox"/>	<u>在宅での特別な対応</u>	
キ. 間歇的酸素療法	キ. <input type="checkbox"/>	チ. モニター測定（毎日）	チ. <input type="checkbox"/>
ク. 持続的酸素療法（濃縮）	ク. <input type="checkbox"/>	ツ. 皮膚の治療	ツ. <input type="checkbox"/>
ケ. 持続的酸素療法（上記以外）	ケ. <input type="checkbox"/>	<u>尿失禁用器材</u>	
コ. レスピレーター	コ. <input type="checkbox"/>	テ. コンドームカテーテル	テ. <input type="checkbox"/>
サ. 気管切開のケア	サ. <input type="checkbox"/>	ト. 留置カテーテル	ト. <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

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第3号

非売品

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