

要介護度総合分類の開発に関する
調査研究
—資料編—

平成9年12月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

要介護度総合分類の開発に関する
調査研究
—資料編—

平成9年12月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

資料 目 次

資料 1	在宅ケアアセスメント表	1
資料 2	タイムスタディ記入要領、記入例、記入用紙（長期ケア施設用）	15
資料 3	タイムスタディ記入要領、記入例、記入用紙（訪問看護ステーション用）	37
資料 4	タイムスタディ記入要領、記入例、記入用紙（ホームヘルプサービス提供機関用）	49
資料 5	患者・入所者同意書（施設用）	59
資料 6	家族への依頼文、同意書（在宅用）	60
資料 7	患者・入所者リスト（施設用）	62
資料 8	利用者リスト・対象者リスト（在宅用）	63
資料 9	妥当性調査票（施設用）	65
資料 10	妥当性調査票（在宅用）	71
資料 11	タイムスタディの集計結果（長期ケア施設）	77
資料 12	タイムスタディの集計結果（在宅ケア機関）	83
資料 13	アセスメント表の集計結果（長期ケア施設）	87
資料 14	アセスメント表の集計結果（在宅ケア機関）	120
資料 15	要介護度総合分類の妥当性調査の結果（長期ケア施設）	150
資料 16	要介護度総合分類の妥当性調査の結果（在宅ケア機関）	155
資料 17	在宅全数による要介護度総合分類第1次案の分類別人数、平均ケア時間、標準偏差	159
資料 18	要介護度総合分類アセスメント表	160

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	
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()
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.上記に該当なし	
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		
	2.老人病院において90日以上継続した入院歴		
	3.精神病院において90日以上継続した入院歴		
	4.老人保健施設において90日以上継続した入所歴		
	5.上記に該当なし		
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

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
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> </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"/> i. 医 師 <input type="checkbox"/> d. ヘルパー <input type="checkbox"/> j. 病歴・ケース記録 <input type="checkbox"/> e. 訪問看護婦 <input type="checkbox"/> k. 病院・施設の看護婦 <input type="checkbox"/> f. 保健婦 <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	<input type="checkbox"/>
	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	1. はい <input type="checkbox"/>
	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	1. はい <input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
	1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	2. 時々は理解できる — 単純で直接的な指示には十分従う	<input type="checkbox"/>
	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 <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） <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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">0. 同 居</td> <td style="width: 30%;">1. 別 居</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">主(ア) 副(イ)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. インフォーマルな介護者はいない (F 2へ進む)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>d. クライエントとの関係</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">0. 子供または子供の配偶者</td> <td style="width: 30%;">2. 他の家族</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">主(ア) 副(イ)</td> </tr> <tr> <td>1. 配偶者</td> <td>3. 友人／近所の人</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>援助している分野</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">0. は い</td> <td style="width: 30%;">1. いいえ</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">主(ア) 副(イ)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">↓ ↓</td> </tr> </table> <p>e. 助言や精神的な支援</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>f. A D L 援助</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>g. I A D L 援助</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">主(ア) 副(イ)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">↓ ↓</td> </tr> </table> <p>h. 精神的な支援</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>i. A D L 援助</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>j. I A D L 援助</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			0. 同 居	1. 別 居	主(ア) 副(イ)	2. インフォーマルな介護者はいない (F 2へ進む)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0. 子供または子供の配偶者	2. 他の家族	主(ア) 副(イ)	1. 配偶者	3. 友人／近所の人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0. は い	1. いいえ	主(ア) 副(イ)			↓ ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主(ア) 副(イ)			↓ ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0. 同 居	1. 別 居	主(ア) 副(イ)																																																													
2. インフォーマルな介護者はいない (F 2へ進む)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
0. 子供または子供の配偶者	2. 他の家族	主(ア) 副(イ)																																																													
1. 配偶者	3. 友人／近所の人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
0. は い	1. いいえ	主(ア) 副(イ)																																																													
		↓ ↓																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主(ア) 副(イ)																																																													
		↓ ↓																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
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、経済的余裕がないので人を雇うことができない)</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</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</p> <p>d. 上記のいずれでもない</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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. いつも <input type="checkbox"/></p> <p>b. しばしば寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをする</p> <p>0. いいえ <input type="checkbox"/> 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度も行われなかった

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)

ア	イ
---	---

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

ア	イ
---	---

c. 金銭管理

支払い、家計の収支勘定

ア	イ
---	---

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)

ア	イ
---	---

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)

ア	イ
---	---

f. 買 物

食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う

ア	イ
---	---

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)

ア	イ
---	---

G 2. 移動手段

a. 杖、歩行器、松葉杖

- 0. いいえ 1. はい

--

b. 主な移動手段は車いす

- 0. いいえ 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判断できない

--

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)

- 0. 毎日 2. 週に1日
- 1. 週に2~6日 3. 1日もない

--

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. 2時間以上 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） 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） 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、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 5. 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	<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 <input type="checkbox"/> b. うつ血性心不全 <input type="checkbox"/> c. 冠状動脈疾患 <input type="checkbox"/> d. 高血压症 <input type="checkbox"/> e. 不整脈／心房細動 <input type="checkbox"/> f. 末梢血管疾患 <input type="checkbox"/></p> <p><u>神 経</u> g. アルツハイマー型痴呆症 <input type="checkbox"/> h. アルツハイマー型以外の痴呆症 <input type="checkbox"/> i. 頭部外傷 <input type="checkbox"/> j. 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> k. パーキンソン病 <input type="checkbox"/></p> <p><u>筋 骨 格</u> l. 関節炎 <input type="checkbox"/> m. 大腿骨骨折 <input type="checkbox"/> n. その他の骨折 <input type="checkbox"/> o. 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/></p> <p><u>感 覚 器</u> p. 白内障 <input type="checkbox"/> q. 緑内障 <input type="checkbox"/></p> <p><u>精 神 科</u> r. 精神科診断（内容問わない） <input type="checkbox"/></p> <p><u>感 染 症</u> s. H I V感染 <input type="checkbox"/> t. 肺 炎 <input type="checkbox"/> u. 結 核 <input type="checkbox"/> v. 尿路感染症（過去30日間） <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） <input type="checkbox"/> x. 糖尿病 <input type="checkbox"/> y. 胃 炎／胃潰瘍 <input type="checkbox"/> z. 肺気腫／慢性閉塞性肺疾患／喘息 <input type="checkbox"/> aa. 腎不全 <input type="checkbox"/> bb. 甲状腺疾患（既往にあれば） <input type="checkbox"/> cc. 上記のいずれでもない <input type="checkbox"/></p>
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. _____ <input type="checkbox"/> b. _____ <input type="checkbox"/> c. _____ <input type="checkbox"/> 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

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. 上記のいずれでもない</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 热</p> <p>d. 食欲不振</p> <p>e. 嘔 吐</p> <p>f. 上記のいずれでもない</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. 上記のいずれでもない</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) <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

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すべてチェック a. 説明がつかないが、骨折、火傷がある <input type="checkbox"/> b. 衛生状態が異常に悪い <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 <input type="checkbox"/> d. 放置、暴力、虐待を受けている <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） <input type="checkbox"/> f. 上記のいずれでもない <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） <input type="checkbox"/> b. 食事中に口の中が「かわいている」と感じる <input type="checkbox"/> c. 歯みがきや入れ歯みがきに問題 <input type="checkbox"/> d. 上記のいずれでもない <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

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)		<input type="checkbox"/> 0.いいえ <input type="checkbox"/> 1.はい	
M 2. 褥創既往	過去に一度でも身体のどこかに褥創があった		<input type="checkbox"/> 0.いいえ <input type="checkbox"/> 1.はい	
M 3. 褥 創	褥創などの潰瘍 [もしあれば、その最もひどい状態について記入する]		<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/>	
	a. 魚の目、たこ、感染、真菌、外反母趾等 b. 目でわかるような足の病変 c. 過去90日間、つめ、たこが削られていない 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 e. 上記いずれでもない			

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)		<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)		<input type="checkbox"/> 0.いいえ <input type="checkbox"/> 1.はい
	a. 抗精神病薬 b. 抗不安薬 c. 抗うつ剤 d. 催眠剤		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N 3. 薬のアレルギー	薬のアレルギーがある		<input type="checkbox"/> 0.いいえ <input type="checkbox"/> 1.ある(具体的に)
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		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 1.すべてを把握している医師は1人もいない

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つた</p>		
<u>治療内容</u>		<u>療 法</u>	
a. 筋肉注射・皮内注射		a. <input type="checkbox"/>	q. 理学療法 <input type="checkbox"/>
b. 静脈注射		b. <input type="checkbox"/>	r. 作業療法 <input type="checkbox"/>
c. 点 滴		c. <input type="checkbox"/>	s. 言語療法 <input type="checkbox"/>
d. 中心静脈栄養		d. <input type="checkbox"/>	t. 運動療法 <input type="checkbox"/>
e. 透 析		e. <input type="checkbox"/>	u. 呼吸療法 <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"/>
h. 持続的酸素療法(上記以外)		h. <input type="checkbox"/>	w. デイケア <input type="checkbox"/>
i. 持続的酸素療法		i. <input type="checkbox"/>	x. 家族会(痴老人の会など) <input type="checkbox"/>
j. レスピレーター		j. <input type="checkbox"/>	y. 外来通院 <input type="checkbox"/>
k. 気管切開のケア		k. <input type="checkbox"/>	z. 緩和ケア <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(ベンゲント等) <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"/>
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"/>
p. 経管栄養		p. <input type="checkbox"/>	dd. 皮膚の治療 <input type="checkbox"/>
			ee. 特別治療食 <input type="checkbox"/>
			ff. そ の 他 <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"/>
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）	a.	<input type="checkbox"/>
	b. 床の状態（凹凸や段差、電気のコードにつっかかる）	b.	<input type="checkbox"/>
	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）	c.	<input type="checkbox"/>
	d. 台所環境（危険なガス台、冷蔵庫が壊れている、ねずみや虫が出る）	d.	<input type="checkbox"/>
	e. 暖房や空調（冬に寒すぎる、夏に暑すぎる）	e.	<input type="checkbox"/>
	f. 身の安全（屋外に出た際の危険、交通量が多い）	f.	<input type="checkbox"/>
	g. 玄関や玄関先（出入りが困難など）	g.	<input type="checkbox"/>
	h. 家の中の部屋へのアクセス（階段の上り下りができないなど）	h.	<input type="checkbox"/>
	i. 上記のいずれでもない	i.	<input type="checkbox"/>
Q 2. 家計の切りづめ	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

タイムスタディ調査要領（施設用）

1. タイムスタディの目的

タイムスタディは、病院、老人保健施設又は特別養護老人ホームの入院患者・入所者が施設のスタッフからケアを1日平均何時間受けているかを測定することを目的としています。

本調査において、調査対象施設のスタッフの皆さんにお願いすることは、各自が担当する個々の患者・入所者のために費やした時間を記録していただくことです。

記録された時間は、個々の患者・入所者ごとに集計し、高齢者の要介護度分類開発のための基礎データとなります。

タイムスタディは、調査に参加する施設及びそのスタッフの全面的な協力が必須の条件となりますので、調査の実施に際しては、スタッフ全員に調査の趣旨と手順を十分に説明した上で実施して下さい。

2. ケア提供者の分類

ケアの提供者は、「病棟スタッフ」及び「病棟外スタッフ」の2グループに分けます。「病棟スタッフ」とは、原則として、調査対象病棟の患者・入所者と毎日関わるスタッフであり、患者・入所者のケアのために各病棟やケアユニットごとに配置されている看護婦、看護助手、寮母などがこれにあたります。

一方、「病棟外スタッフ」とは、病棟やケアユニットごとではなく、施設全体にわたるケアを対象に配置されているスタッフであり、当該病棟の患者・入所者と毎日関わることのない医師、PT、OT、ST、MSWなどです。

下表はあくまで例です。例えば、OTが毎日、対象の患者・入所者と関わっている場合は「病棟スタッフ」に含めて構いません。

次ページの事例を参考に施設の実態に応じて、どちらかに分類して下さい。

表1 ケア提供者の分類例

1. 病棟スタッフ (1日調査)	看護婦（士）、准看護婦（士）、看護助手、寮母（父）、病棟クラーク等
2. 病棟外スタッフ (1週間調査)	医師（常勤、非常勤）、PT、OT、ST、MSW、ケースワーカー、生活指導員等

<事例>

ア. 実習生がいる場合、できるだけ実習の行われない日を選ぶことが望ましい。しかし、調査実施当日に実習が行われる場合には、以下のとおりとする。

- (ア) スタッフが実習生に対して、マン・ツー・マンで患者・入所者に対するケアを指導した場合、患者・入所者が受けたケアは、本来、スタッフが行うケアであるので、指導したスタッフの「患者・入所者ケア時間」として記録し、実習生についてはケア時間を記録する必要はない。
- (イ) 上記の(ア)に該当しない場合は、実習生も施設の実態に応じて、「病棟スタッフ」又は「病棟外スタッフ」として時間を記録する（記録の容易さの問題として、各施設の判断で選択して良い）。

イ. スタッフの指導・監督の下で、家族やボランティアなどが患者・入所者の食事の介助等のケアを行う場合は、スタッフはその時間を自分のケア時間として記録する（この考え方は、実習生に対するマン・ツー・マン指導と同様である）。

※職務の分類で不明な点は、説明会（本日）において検討、調整し、全施設間で共通認識をもつこととします。

3. 「タイムスタディ記入表」の種類

タイムスタディ記入表は、ケア提供者のタイプ別に作成されています。

1. 病棟スタッフ

「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」

1日（24時間）調査であり、次の部分より成る。

- (1) 「患者・入所者ケア時間」を記録する部分
- (2) 「その他の活動時間」を記録する部分

2. 病棟外スタッフ

「タイムスタディ記入表（病棟外スタッフ用）」

1週間の調査期間において、病棟外スタッフが調査対象病棟の患者のために費やした時間を記録する。

A. 病棟スタッフの時間測定

病棟スタッフの時間は、「患者・入所者ケア時間」と「その他の活動時間」の2つに分けて記録します。

1. 患者・入所者ケア時間

「患者・入所者ケア時間」とは、病棟スタッフによって、各患者・入所者に対して行われるケアに要した時間及びこれらスタッフが各患者・入所者に直接、間接に関わっている時間、すなわち特定の患者・入所者に帰属する時間を指します。

具体的には、病棟スタッフが1人又はグループで、特定の患者・入所者（1人又は複数の患者・入所者）に対して行う行為で、主に次表のような行為を指します。

また、患者・入所者ケア時間には、ケアの対象である特定の患者・入所者とは離れた場所で、その患者・入所者のために、又はその患者・入所者の代わりに費やした時間も含まれます。

表2 患者・入所者ケアの具体例

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○基本ニーズの援助 | ・食事、排泄、清潔・身づくり、体動、着脱等 |
| ○患者・入所者の移動 | |
| ○環境整備 | ・ベッドメーキング・シーツ交換、整理・清掃 |
| ○生活動作の介助 | |
| ○患者・入所者の状態観察 | |
| ○処置・検体採取 | |
| ○与薬管理・検温 | |
| ○患者・入所者についてのケアカンファレンス（看護チームで、他職種と） | |
| ○看護記録の作成、患者・入所者ケア計画の立案・修正 | |
| ○患者・入所者の教育・指導 | |
| ○患者・入所者の家族との面接・相談 | |
| ○患者・入所者との会話・相談 | |
| ○患者・入所者の身体機能の維持訓練 | |
| ○患者・入所者のレクリエーション・活動への参加 | |
| (活動=読書・散歩・工芸・談笑・買い物など) | |

なお、看護婦（士）、准看護婦（士）については、上記の「患者・入所者ケア時間」のうち、以下のようなケアを医療の専門技術的ケアとし、それぞれ該当する行為に費やした時間を区別して記録します。

表3 医療の専門技術的ケア

a. 診療介助	診療の介助（病棟、他科、他施設） 検査の準備 検査物の採取（血液、尿、その他） 処置の介助（IVH、その他）
b. 処 置・リハビリ	注射準備 実施 後始末 与薬（経口、経管、直腸、点眼、点耳、軟膏）、服薬指導 温冷罨法 吸入 吸引（ネプライザー） 酸素吸入・点検 洗浄（膀胱、胃、腸） IVH 経管栄養の維持・管理 救急処置、気道の確保、心臓マッサージ、血管確保 創傷の処置（じょく創、潰瘍、傷口、ガーゼ交換など） 摘便、浣腸 留置カテーテル挿入・管理、導尿 各種カテーテルの挿入・交換 リハビリ、PT、OT、ST、受動的リハ 人工肛門管理（ストマ管理）
c. 特別な患者の入浴	入浴介助（心臓疾患、潰瘍がある場合）
d. 記録・評価・指導・カンファレンス等	体温、呼吸、脈拍、血圧測定（記録も含む）など 計測（身長、体重、その他） I-Oチェック（排液チューブ、ドレーン等） 病状観察 各種観察・検査結果に基づく検討・判断 ケアプランの策定 看護の記録等 医師との連絡や指示受け 部門内外との連絡・調整、家族との連絡・面接・説明・家族調整（カウンセリング）

2. その他の活動時間

「その他の活動時間」とは、特定の患者・入所者に帰属しない時間を指し、次表のような活動がその内容となります。

表4 その他の活動の具体例

ア. 会議・研修等	スタッフ会議、チーム・カンファレンス、現職教育
イ. 定期的な書類作成	定期的な図表作成、24時間毎の報告書、与薬や治療のシート、管理記録、看護活動表等
ウ. 管理・運営 (Administration)	勤務報告の変更、スタッフ割当、管理報告、スタッフの監督、スタッフスケジュール、新人スタッフ教育
エ. 病棟の維持・管理 (Unit Maintenance)	器材棚の補充、医療品のチェック、管理下の薬品の数量調査、特殊用具の管理、仕事場の整理整頓、トレーの授受、病棟の安全と定期的観察の確認
オ. 病棟外の活動	機材器具の回収と配達、他病棟での業務
カ. スタッフの食事と休憩	食事、休憩、トイレ、待機

3. タイムスタディ記入表の記入

病棟スタッフに対する1日（24時間）調査では、1日のうち15分以上、調査病棟にいるスタッフは、全員その時間を記録します。

時間測定に当たっては、自分の時計かストップウォッチを使用し、時間を1分単位で記録して下さい（30秒以上は切り上げ、30秒未満は切り捨て）。

（1）スタッフ時間の記録方法

- ・スタッフが記録を行う場合には、いくつかの方法があります。
 - ア. 勤務中に「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」を持ち歩き、患者・入所者にケアを行った際に直接「時間」を記録する方法。
 - イ. 勤務中にワークシートに時間を記録しておき、「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」にそれを書き写す方法。
- 例えば、小さなメモ用紙やインデックスカードに時間を記録し、勤務中に何回か（少なくとも2時間に1回）業務を中断して「タイムスタディ記入表」に書き写す。
- ・最も望ましいのは、ア. の方法ですが、いずれの方法であっても、原則として、タイムスタディ・データの収集に際し、施設の全スタッフが同一の方法を用いて下さい。

（2）患者・入所者ケア時間の記録

- ・「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」の「患者・入所者ケア時間」は、患者・入所者ごとに記入する（例えば、北海 太郎氏7分）。
- ・ただし、特定の患者・入所者に対するケアが1度に45分以上の時間を要した場合は、当該ケアの内容を記載する（「タイムスタディ記入表」の余白にメモするなど）。
- ・複数の患者・入所者に対して同時にケアを行う場合には、各患者・入所者にケア時間を配分する。ケア時間を配分することにより、グループでケアを受けている中で各患者・入所者が受けたケアの量の違いを表す（例1及び例2参照）。

(3) その他の活動の記録

- ・ その他の活動については、各活動に費やした時間を「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」の「他の活動時間」に活動の種類（例えば、会議・研修等、定期的な書類作成）ごとに記入する。
- ・ 複数の病棟に所属するスタッフは、調査対象となっていない病棟で行った全ての業務時間を「病棟外の活動」の欄に記入する。
- ・ 同じ活動であっても、その内容によって記入すべき項目が異なる場合がある。例えば、ケアカンファレンスがあり、ある患者のケアプランの策定や修正に30分を費やしたとしたら、それは「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」の「患者・入所者ケア時間」に記入することとなる。この場合、複数の患者のケアプランが議論されていたら、「患者・入所者ケア時間」を各患者に配分する。

一方、カンファレンスが特定の患者・入所者に関するものでなければ、その時間は「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」の「他の活動（会議・研修等）」に記入する。

(4) 時間の集計

- ・ 患者・入所者ケア時間と他の活動時間の合計が、勤務時間と±30分以内の誤差にとどまるように、最終的に、スタッフ各自が自分で時間を配分調整する。

<複数の患者・入所者に対して同時にケアを行う場合>

例1：看護婦Aが18人の患者に対して検温の業務を行ったが、特定の患者に多くの時間がかかったケース

- 1) 新たな業務（例1の場合；検温）を開始する前に時刻を確認する（例えば、9:00 a.m.）。
- 2) 検温に必要な物品を整え、病室へ行き、業務を遂行し、ナースステーションに戻り、看護記録に記入し、場合に因っては、主任に報告するまでの一連の作業が終わった時点で時刻を確認する（例えば、9:43 a.m.）。
- 3) この間の43分を検温を行った患者・入所者に配分する。

病棟スタッフ（看護婦A）の当該業務の総時間	43分
特定の患者に要した時間（1人だけ多くの時間がかかった患者Aの時間）	3分
残りの時間（残る17人の患者1人ひとりに均等に割り振る時間）	$43 - 3 = 40\text{分}$ $40 / 17 = 2.35\dots$ (1分以下は四捨五入し、2分)
「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」に「患者・入所者ケア時間」に記入される時間	
患者A	3分
他の17人	各 2分

※患者全員に対して、均等に時間がかかったならば、患者の数でそのまま割る。

上記の例の場合、 $43\text{分} / 18\text{人} = 2.388\dots$

1分以下は四捨五入し、一人当たり2分となる。

例2：看護婦Bが6人の患者に対して食事介助の業務を行ったが、特定の患者に追加的な業務が発生したケース

病棟スタッフ（看護婦B）の当該業務の総時間	45分
特定の患者に要した時間	
a. 2人の患者のために補助具を用意した 患者Aに 11分 患者Bに 6分	
b. ミルクをこぼしたので、拭き取り、再び ミルクを用意した 患者Cに 10分	
上記の特定の3人（患者A、B、C）に費やした合計時間	27分
残りの時間（6人の患者一人ひとりに均等に割り振る時間）	$45 - 27 = 18$ 分 $18 / 6 = 3$ 分
「タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）」に「患者ケア」に記入される時間	
患者A 11+3=14分	
患者B 6+3=9分	
患者C 10+3=13分	
他の3人 各3分	

※患者全員に対して、均等に時間がかかったならば、患者の数でそのまま割る。

上記の例の場合、 $45\text{分} / 6\text{人} = 7.5$

1分以下は四捨五入し、一人当たり8分となる。

B. 病棟外スタッフの時間測定

病棟外スタッフは、7日間にわたってデータを収集し、調査対象の患者・入所者に関して費やした時間を分単位で「タイムスタディ記入表（病棟外スタッフ用）」に記録して下さい。

1. 病棟外スタッフの記録

「タイムスタディ記入表（病棟外スタッフ用）」の記入に当たっては、記入漏れがないように各施設の実情に応じて工夫して下さい（例えば、ナースステーション、リハビリ室、患者・入所者のグループ活動を行う場所等に記入表を備えつけるなど）。

＜患者・入所者のグループ活動が行われた場合＞

- ・患者・入所者のグループ活動が行われた場合は、そのグループ内の患者・入所者に時間を適切に配分する。
- ・グループ時間の一部が特定の患者・入所者に費やされた場合は、その部分を当該患者・入所者に充てる（考え方は、例1、例2と同様である）。
- ・もし、グループ活動に調査対象外の病棟患者・入所者がいても、その患者・入所者を含めて、同様の計算を行い、対象者の時間のみを「タイムスタディ記入表（病棟外スタッフ用）」に記入する（例3参照）。

例3：月曜日に、作業療法士Aが10人の患者に集団リハビリを1時間行ったとする。但し、10人の内、7人が調査対象病棟に属し、残りの3人は調査対象病棟以外の患者であったとする。

作業療法士Aの当該業務の総時間	1時間=60分
参加者（患者）10人一人ひとりに割り振るリハビリ時間	60分／10人 = 6分
「タイムスタディ記入表（病棟外スタッフ用）」に記入する時間 対象病棟に属する患者7人について、それぞれ「6分」と記入する	

記入例

タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）

No.1

氏名・職種を忘れずに！

病棟名： 1F 病棟 氏名： △△△子 職種 看護婦

調査日時	6月10日(火) AM・PM 8時00分～6月11日(水) AM・PM 8時00分		
A.勤務時間	勤務開始 8時00分	勤務終了 16時30分	①勤務時間合計 510分
B.患者・入所者 ケア時間	2ページ目の小計 172分	3ページ目の小計 分	4ページ目の小計 分
C.その他の活動 時間	ア.会議・研修等 70分	イ.定期的書類作成 20分	ウ.管理・運営 22分
	エ.病棟維持・管理 139分	オ.病棟外の活動 分	カ.食事・休憩等 70分

※合計時間のチェック（記入終了後、必ず行って下さい）

合計時間のチェック
忘れずに！

勤務時間合計

患者・入所者ケア時間と
その他の活動時間の合計±30分以上であれば
内容を再確認して修正

$$\boxed{\textcircled{1} \\ 510 \text{ 分}} - \boxed{\textcircled{2} + \textcircled{3} \\ 493 \text{ 分}} = \boxed{\textcircled{1} - (\textcircled{2} + \textcircled{3}) \\ 17 \text{ 分}}$$

※±30分であれば修正して下さい。

(その他の活動時間)

(単位：分)

活動内容		計
ア.会議・研修等	15 + 30 + 15 + 10 +	70
イ.定期的書類作成	10 + 10 +	20
ウ.管理・運営	7 + 15 +	22
エ.病棟維持・管理	17 + 40 + 2 + 25 + 20 + 15 + 10 + 10	139
オ.病棟外の活動		
カ.食事・休憩等	30 + 10 + 30 +	70

タイムスタディ記入表(病棟スタッフ用)

全ページ氏名を忘れずに!

施設名: 北海道病院

病棟(ケアユニット)名: 1F病棟

氏名: △△△子

職種: 看護婦

掛闇コード	病棟番号	ケア識別	職種コード	ケアNo.
*	*	*	*	*

(※欄については記入不要)

勤務開始時刻 8時00分、終了時刻 16時30分、勤務時間合計 8時間30分

<看護婦のみ>

(注)医療の専門技術的ケアを行ったときは、記入する時間の前に該当する記号(a~d)を添えて下さい。

また、それ以外の時間については、時間の前に「+」記号を添えて下さい。

<医療の専門技術的ケア>

- a. 診療介助
- b. 処置・リハビリ
- c. 特別な患者の入浴(心臓疾患、潰瘍がある場合)
- d. 測定・観察・記録・評価・指導・カンファレンス等

+ 上記の専門技術的ケア以外のケア

対象者氏名	小計							(単位:分)	
	a.	b.	c.	d.	t.				
1 細川直美	2+	a5+	5+			5		7	12
2 鎌田俊夫	2+		c20+				20	2	22
3 長坂秀佳	2+	b4+				4		2	6
4 黒田三男									
5 田中美佐子	2+	a5+	2+			5		4	9
6 三上博史			d5+				5		5
7 山崎淳也									
8 大沢たかお	2+	a5+	c25+			5	25	2	32
9 橋部敦子	2+							2	2
10 吉本昌弘			d5+				5		5
11 水橋富美江	2+	a5+	b15+			5	15	2	22
12 岡田芳和		a5+				5			5
13 中島武博		b4+	2+			4		2	6
14 広末涼子	2+		d10					10	2
15 鈴木則文									
16 山口秀一	2+		d5+				5	2	7
17 岡本恵子	2+	c25+					25	2	27
18 清水太郎									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

記入例

タイムスタディ記入表（病棟外スタッフ用）

No.1

施設名： 北海道病院

病棟(ケアユニット)名： 1F 病棟

氏名： 〇〇〇子

職種： OT

全ページ氏名を忘れずに！

同一職種に限り連名でも可！

(※欄については記入不要)

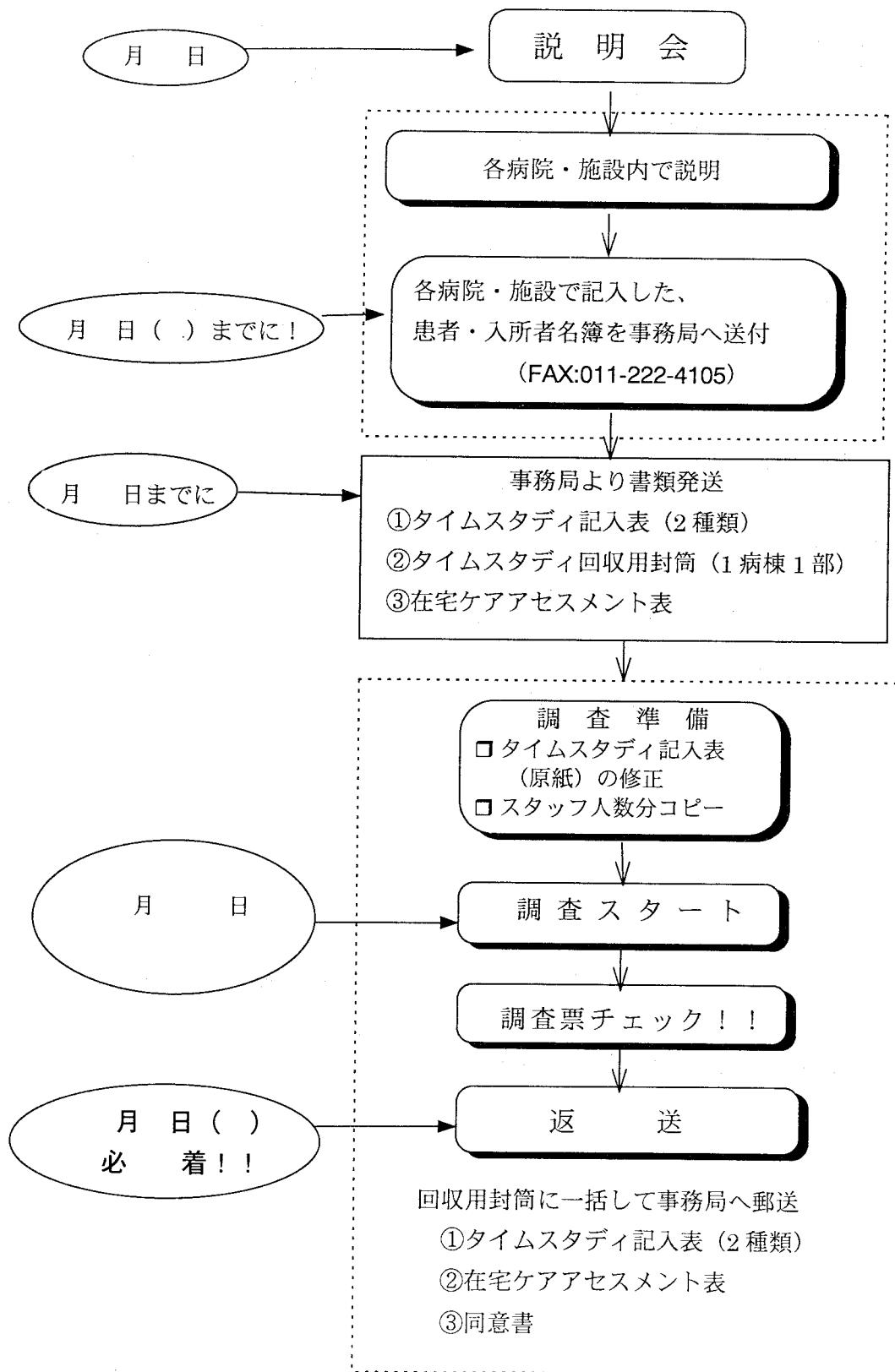
機関コード	病棟番号	スタッフ識別	職種コード	スタッフNo.
※	※	※	※	※

	対象者氏名	計	6月6日	6月7日	6月8日	6月9日	6月10日	6月11日	6月12日
1	細川直美	60	20			20			20
2	鎌田俊夫	50			50				
3	長坂秀佳								
4	黒田三男								
5	田中美佐子	30		12		6		12	
6	三上博史								
7	山崎淳也	25					10	15	
8	大沢たかお	30			15			15	
9	橋部敦子								
10	吉本昌弘	65	15	10		20	10	10	
11	水橋富美江								
12	岡田芳和	30							30
13	中島武博	90		45			45		
14	広末涼子								
15	鈴木則文	95		30	10	10		30	15
16	山口秀一	34	8		6	12	8		
17	岡本恵子								
18	清水太郎	25		10				15	
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

注) ケア時間の記入欄は1日3回まで記入できるようになっていますが、1日に頻繁にケアを行った場合は、まとめて記入して下さい。

平成9年 月 日

MDS-HC 及びタイムスタディ調査フロー（病院・施設用）



タイムスタディ調査 —準備から回収までの手順—

<代表者用>

各施設・病棟の調査担当代表者の方にお願いします。

以下の作業手順に従って、調査を進めて下さい。

<調査の2週間前>

1. 調査対象病棟ごとに「患者・入所者リスト」に名前等を記入し、6月4日（水）までFAXにて事務局へ送付して下さい。

<調査の1週間前>

2. 病院・施設宛てに下記の通りご送付いたします（6月13日（金）予定）。
①調査対象病棟ごとに患者・入所者名（患者・入所者リストの記載順）を印刷したタイムスタディ記入表（以下、原紙と呼ぶ）。
※記入表は、2種類（病棟スタッフ用／病棟外スタッフ用）あります。
②回収用封筒（1病棟につき1部）
③「平成9年度タイムスタディ調査用 在宅ケアアセスメント表」（対象者人数分）

3. 不備・不足がないか確認して下さい。

<調査の2～3日前>

4. 患者・入所者の出入りを確認し、必要に応じてタイムスタディ記入表の原紙を修正して下さい。
①退院・退所者（調査当日退院・退所予定者も含む）の欄を削除（線で消す）。
②新規の入院・入所者の氏名を名簿欄の最後に追加記入。
※患者・入所者が病棟を移動しているケースに注意。

5. スタッフの人数分をコピーし、左肩をホチキスでとめて下さい。

<調査の前日あるいは当日>

6. 各スタッフにタイムスタディ記入表を配布して下さい。

※特に、病棟スタッフの方に対しては、測定した合計時間と勤務時間の差が±30分の範囲内にあるか各自で確認（誤差が±30分以上の場合は各自修正）するように指示して下さい。

<調査の実施>

(※回収用封筒を所定の場所に設置して下さい。)

<調査終了後>

7. 記入漏れがないか確認して下さい。

8. 調査に参加したスタッフの人数と回収した記入表の部数が一致しているか確認し、『タイムスタディ記入表』回収用封筒の所定の欄に記入して下さい。

9. 各病棟の回収用封筒を集め、『タイムスタディ記入表』発送確認票に必要事項を記入の上、施設一括で返送して下さい。7月7日（月）必着！

ご協力ありがとうございました。

連絡先および返送先：

社) 北海道開発問題研究調査会

札幌市中央区北4条西6丁目1毎日札幌会館3F

担当者：星野、堤

TEL：011-222-3669

FAX：011-222-4105

タイムスタディ調査の実施手順（1）

病棟スタッフ用

<調査の前日あるいは当日>

1. タイムスタディ記入表を調査担当代表者から受けとって下さい。
 - ① 氏名及び職種を記入して下さい（氏名については、全ページ記入）。
 - ② 各名簿に目を通し、患者・入所者名の並びを確認して下さい。



<調査の実施>



2. 勤務時間終了後、タイムスタディ記入表を以下の点について確認して下さい。
 - ① 記入漏れはないか？（特に「患者・入所者ケア時間」の欄）
 - ② 測定した合計時間（患者・入所者ケア時間+病棟活動時間）と勤務時間との差が±30分の範囲にあるか？もし、±30分以上の差があれば、各自1日の勤務を振り返り、「±30分の範囲」に納まるように修正して下さい。
3. タイムスタディ記入表を所定の回収用封筒に入れて下さい。
※夜勤等で2つの調査対象病棟にまたがって勤務する場合、本来所属している病棟の回収用封筒にまとめて入れて下さい。

ご協力ありがとうございました。

タイムスタディ調査の実施手順（2）

病棟外スタッフ用

<調査の前日あるいは当日>

1. タイムスタディ記入表を調査担当代表者から受けとって下さい。
 - ① 氏名及び職種を記入して下さい（氏名については、全ページ記入）。
 - ② 各名簿に目を通し、患者・入所者名の並びを確認して下さい。
※ 調査対象病棟が複数の場合は、全ての病棟分の記入表を受けとって下さい。
2. タイムスタディ記入表の使い方は、以下の例を参考に工夫して下さい。
 - ① スタッフ1人ひとりが記入表を1部ずつ持つ。
あるいは
② リハビリ室等の活動場所に記入表を1部設置するか、カルテ等にはさみ、同一職種で記入表を共有する（氏名欄は、連名で記入）。



<調査の実施（調査は1週間です）>



<調査終了後>

3. 調査終了後、タイムスタディ記入表に記入漏れがないか確認して下さい。
4. タイムスタディ記入表を各病棟の所定の回収用封筒に入れて下さい。

ご協力ありがとうございました。

タイムスタディ記入表（病棟スタッフ用）

病棟名：_____ 氏名：_____ 職種：_____

調査日時	月 日 () AM・PM 時 分～			月 日 () AM・PM 時 分
A.勤務時間	勤務開始 勤務終了 時 分 時 分			①勤務時間合計 分
B.患者・入所者 ケア時間	2ページ目の小計 分	3ページ目の小計 分	4ページ目の小計 分	②ケア時間合計 分
C.その他の活動 時間	I.会議・研修等 分	II.定期的書類作成 分	III.管理・運営 分	③その他の活動時間合計 (ア+イ+ウ+エ+オ+カ) 分
	I.病棟維持・管理 分	II.病棟外の活動 分	III.食事・休憩等 分	

※合計時間のチェック（記入終了後、必ず行って下さい）

勤務時間合計

患者・入所者ケア時間と
その他の活動時間の合計±30分以上であれば
内容を再確認して修正

$$\boxed{\text{①}} \text{ 分} - \boxed{\text{②} + \text{③}} \text{ 分} = \boxed{\text{①} - (\text{②} + \text{③})} \text{ 分}$$

※±30分であれば修正して下さい。

(その他の活動時間)

(単位：分)

活動内容		計
I. 会議・研修等		
II. 定期的書類作成		
III. 管理・運営		
IV. 病棟維持・管理		
V. 病棟外の活動		
VI. 食事・休憩等		

タイムスタディ記入表(病棟スタッフ用)

No. 2

施設名:

病棟(ユニット)名:

氏名:

職種:

機関コード	病棟番号	スタッフ識別	職種コード	スタッフNo.
*	*	*	*	*

(※機関については記入不要)

勤務開始時刻 時 分、 終了時刻 時 分、 勤務時間合計 時間 分

<看護婦のみ>

(注)医療の専門技術的ケアを行ったときは、記入する時間の前に該当する記号(a~d)を添えて下さい。

また、それ以外の時間については、時間の前に「+」記号を添えて下さい。

<医療の専門技術的ケア>

- a. 診療介助 c. 特別な患者の入浴(心臓疾患、潰瘍がある場合)
- b. 処置・リハビリ d. 測定・観察・記録・評価・指導・カンファレンス等

+ 上記の専門技術的ケア以外のケア

対象者 氏名		小計					(単位:分)
		a.	b.	c.	d.	+	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

2ページ目の小計

タイムスタディ記入表（病棟外スタッフ用）

No.1

施設名：_____

病棟(ケアニット)名：_____

氏名：_____

職種：_____

機関コード	病棟番号	スタッフ識別	職種コード	スタッフNo.
※	※	※	※	※

(※欄については記入不要)

(単位：分)

	対象者氏名	計	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

注) ケア時間の記入欄は1日3回まで記入できるようになっていますが、1日に頻繁にケアを行った場合は、まとめて記入して下さい。