

タイムスタディ調査要領（訪問看護ステーション用）

1. タイムスタディの目的

タイムスタディは、在宅の要介護高齢者がフォーマル・ケア及びインフォーマル・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。

記録された時間は、個々の利用者ごとに集計し、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。

本調査において、各機関のスタッフの皆さんにお願いすることは、1)各自が担当する個々の利用者のために費やした時間を記録していただくことと、2)調査対象者の家族（主たる介護者）にケア時間測定の協力を依頼し、適切な指示をしていただくことです。

2. 対象者の抽出方法

1) 利用者の全リストを作成

- ・当該機関のサービスの全利用者のリストを作成して下さい。⇒ 表1

2) 利用者本人及び家族、関係機関等との連絡調整

- ・タイムスタディは、調査に参加する機関及びそのスタッフはもちろん、調査対象となる利用者本人やその家族等の了解と全面的な協力が必要となります。

＜利用者の家族へ＞

- a. 家族の同意を得る（原則的に同意書に署名あるいは捺印をもらう）
- b. 家族用調査表の記入方法と調査スケジュールを説明する
- c. 家族用調査表を回収する（原則的に次回訪問時に回収）

3) 調査対象者10名＋3～4名を選定

- ・調査対象者の選定に当たっては、利用者の特性に偏りのないように配慮して下さい。
- ・「調査対象者名簿」に記入し、6月11日（水）までに FAXで事務局宛て、ご連絡下さい。⇒ 表2

3. 時間調査の方法

1) 訪問看護婦の時間調査

- ・タイムスタディはMDS-HCの実施と同時期に 1回実施して下さい。
- ・アセスメント時とタイムスタディ実施時における利用者の状態が同じであることが必要なので、MDS-HCによる アセスメント日を含む前後3～4日以内に実施して下さい。

2) 他の職種の時間調査

- ・OT、PT、ST等の調査は訪問看護婦等のタイムスタディ実施日を含む 1週間に実施して下さい。

3) 家族の時間調査

- ・タイムスタディは、訪問看護婦のタイムスタディ実施日を含む1週間に 2回実施し、うち1日は、訪問看護を受けた日を選び、他の1日は訪問看護を受けない日を選んで実施して下さい。
- ・記入が完了した調査表は、利用者宅で保管してもらい、訪問看護婦の訪問日に回収して下さい。

4. 調査の実施手順

1) 調査の1週間前までに、以下の調査用紙一式を事務局より送付します。

- ①「在宅ケアアセスメント表（MDS-HC）」
- ②「タイムスタディ（訪問看護ステーション用）1日調査」
- ③「タイムスタディ（訪問看護ステーション用）1週間調査（OT、PT、ST用）」
- ④「時間調査記入用紙 家族用（24時間）」

2) 各自、調査日程を決め、調査を実施して下さい。

3) 責任者（担当者）は記入漏れ等がないか確認して下さい。

5. 調査表の返送方法

・回収した以下の各種調査表は、一括して事務局へ郵送して下さい。

- 1) 「在宅ケアアセスメント表 (MDS-HC)」
- 2) 「タイムスタディ (訪問看護ステーション用) 1 日調査」
- 3) 「タイムスタディ (訪問看護ステーション用) 1 週間調査 (OT、PT、ST 用)」
- 4) 「時間調査記入用紙 家族用 (24 時間)」
- 5) 「利用者リスト (在宅用)」 (表 1)
- 6) 同意書

＜ 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）

タイムスタディ（訪問看護ステーション用）1日調査

機関名: HIT 訪問看護ステーション

スタッフ名: ○○○子

職種: 看護婦

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）

1. 調査日: 平成9年 6月 10日

2. 利用者氏名: 細川直美

訪問実時間

利用者宅到着 13時 30分 ~ 業務終了 15時 15分 105分

出発地（在宅ケア機関・他の利用者・自宅・その他）

移動時間（片道） 30分

〈医療の専門技術的ケア〉

（単位：分）

活 動 内 容	合 計
a.診療介助	0
b.処置・リハビリ	10+
c.特別な利用者の入浴	0
d.測定・観察・記録・評価	12+
e.指 導	10+
f.カンファレンス	0
合 計	① 32

〈ADL支援〉

（単位：分）

活 動 内 容	合 計
a.ベッド上の可動	3+
b.移行・移動・歩行	5+
c.着 衣	7+
d.食 事	20+
e.トイレの使用	5+ 5+
f.個人衛生・保清	10+
g.入 浴	0
合 計	② 55

会話・散歩・健康活動を含む

〈IADL支援・その他〉

（単位：分）

合 計
5+ 15+
③ 20

①+②+③

107分

〈ステーション内で本日訪問した利用者のために費やした時間〉

30分

看護記録の記入・
カンファレンスなどの時間

※ 訪問実時間 - (①+②+③) が ±5分以内となっているか確認して下さい。

タイムスタディ（訪問看護ステーション用）1週間調査（OT、PT、ST用）

機関名： HIT 訪問看護ステーション

スタッフ名： △△△ 夫

職種： OT

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）

1. 訪問した日時：平成9年 6 月 6 日 ~ 6 月 12 日（7日間）

※移動時間は出発地から訪問宅までの片道分

〈医療の専門技術的ケア〉

（単位：分）

	利用者氏名	合 計		6 日		7 日		8 日		9 日		10 日		11 日		12 日	
		ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動
1	細川直美	90	40			45	20									45	20
2	鎌田俊夫	70	15	70	15												
3	長坂秀佳	65	30							65	30						
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																	
31																	
32																	
33																	

時間調査記入用紙 家族用 (24時間)

記入例

介護を受けている人の氏名: 細川直美

実施日時：平成9年6月10日18時から翌日18時までの24時間

同居家族人数: 3 人

調查開始

5

$\langle \text{IADL} \rangle$

調查終了

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.	※
-------	---	------	---	--------	---	-------	---	---------	---

介護の項目	内 容	合計欄 ※	18・	0・	6・	12・	(単位：分)
a. 食事の用意	食事の用意 立を考える、料理する、材料を用意する、配膳する) (献						18・
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				30+	30+	60+
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定		30+			80+	
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用させる (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)						
e. 電話の利用	電話をかける (必要に応じて着の拡大装置を使ってもよい)		5+			5+	
f. 買 物	食べ物や衣類など必要なものを自分で選び、支払う (必要に応じて着の拡大装置を使ってもよい)						30+
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)						
h. 通院介助	診療時間と往復の移動時間						

 $\langle \text{ADL} \rangle$ [illegible]

〈その他〉

	合計欄※	18.	.	0.	.	6.	.	12.	.	18.	(単位:分)
要介護者と直接関わっている時間		20+	5+	20+		5+		30+		10+	

※の欄は記入不要

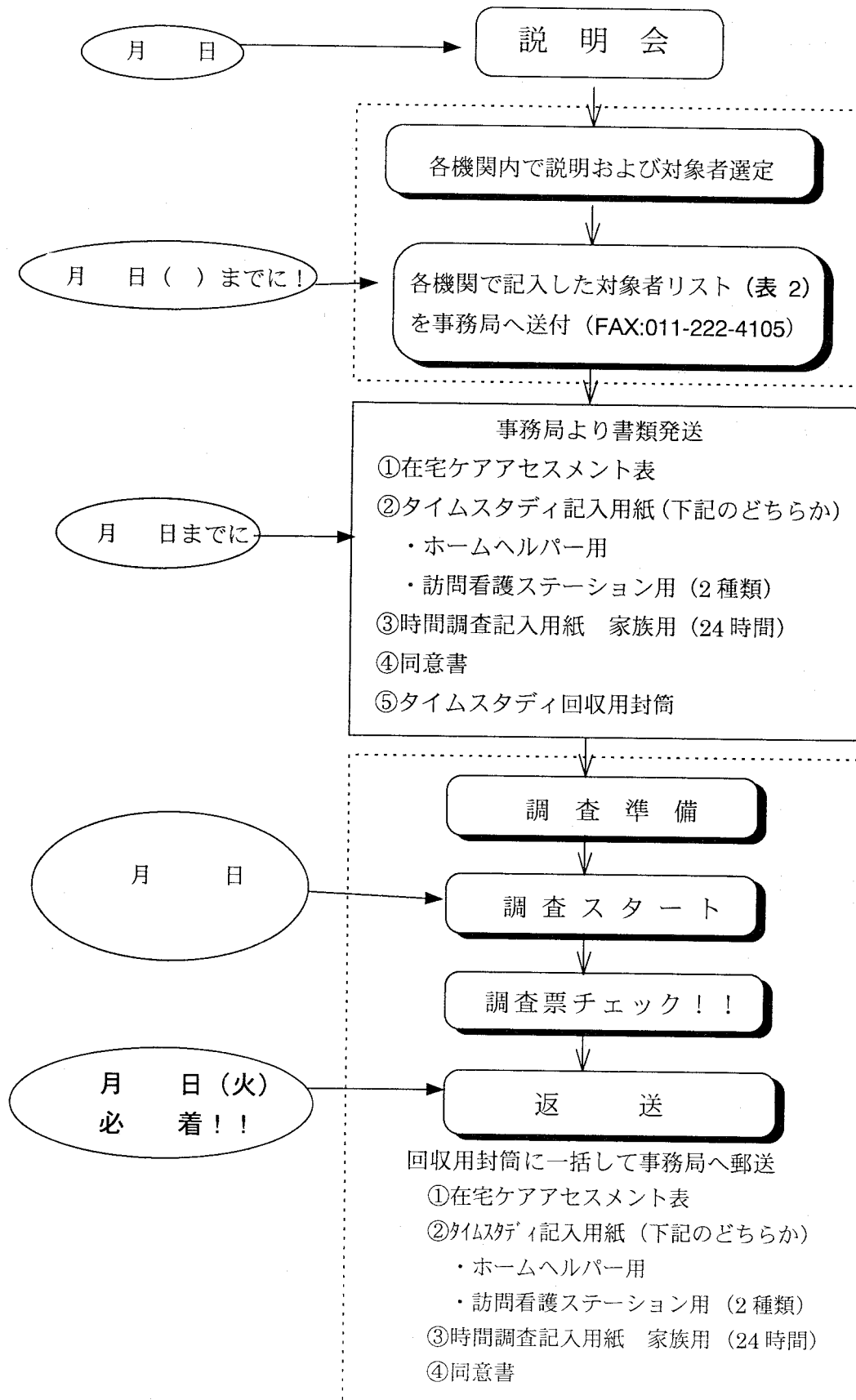
上記に該当しない項目
会話・散歩・健康活動を含む

「時間調査記入用紙 家族用（24時間）」記入上の注意

1. 時間調査は、以下のとおりに2回行います。実施日の設定については訪問看護婦と相談して決めて下さい。
1回目：訪問看護を受けた日
2回目：1回目の調査から1週間以内で、訪問看護を受けない日
2. 調査の開始時間は、自由に決めて下さい。
例えば、平成9年6月10日の午後6時から時間の記録を開始したとすると、翌日の午後6時までの活動が調査の対象となります。
なお、時間調査記入用紙には、実施日時を記入するところがあるので、忘れず記入して下さい。
3. 記録する時間は、「分単位」で記入します。
時間調査記入用紙には、時間軸に2時間間隔で目盛り（・）を付けてありますので、目安にして下さい。
4. 合計欄の記入は不要です。
5. 記入し終わった時間調査記入用紙は、次回の訪問日に看護婦さんに提出して下さい。

平成9年 月 日

MDS-HC 及びタイムスタディ調査フロー（在宅用）



タイムスタディ（訪問看護ステーション用）1日調査

機関名：_____

スタッフ名：_____

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）

1. 調査日：平成9年____月____日

2. 利用者氏名：_____

訪問実時間

利用者宅到着____時____分～業務終了____時____分

分

出発地（在宅ケア機関・他の利用者・自宅・その他）

移動時間（片道）_____分

〈医療の専門技術的ケア〉

（単位：分）

活 動 内 容	合 計
a.診療介助	
b.処置・リハビリ	
c.特別な利用者の入浴	
d.測定・観察・記録・評価	
e.指 導	
f.カンファレンス	
合 計	①

〈ADL支援〉

（単位：分）

活 動 内 容	合 計
a.ベッド上の可動	
b.移行・移動・歩行	
c.着 衣	
d.食 事	
e.トイレの使用	
f.個人衛生・保清	
g.入 浴	
合 計	②

〈IADL支援・その他〉

（単位：分）

合 計
③

①+②+③

分

〈ステーション内で本日訪問した利用者のために費やした時間〉

分

※ 訪問実時間 - (①+②+③) が ±5分以内となっているか確認して下さい。

タイムスタディ（訪問看護ステーション用）1週間調査（OT、PT、ST用）

機関名：_____

スタッフ名：_____

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）

1. 訪問した日時：平成9年____月____日 ～ ____月____日（7日間）

※移動時間は出発地から訪問宅までの片道分

利用者氏名		合 計		日		日		日		日		日		日		日	
		ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動	ケア	移動
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																	
31																	
32																	
33																	

時間調査記入用紙 家族用 (24時間)

介護を受けている人の氏名： _____ 実施日時：平成9年__月__日__時から翌日__時__までの24時間

同居家族人数： _____ 人

機関コード	※	病棟番号	※	ケア識別	※	職種コード	※	ケア77No.	※
-------	---	------	---	------	---	-------	---	---------	---

(IADL)		内 容	合計欄 ※	6:00	12:00	18:00	0:00	(単位：分)	
介助の項目									
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)							
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							
c. 金銭管理		支払い、家計の収支勘定							
d. 薬の管理		服薬の時間、袋から取り出し、処方どおり服用させる (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)							
e. 電話の利用		電話をかける (必要に応じて意の拡大装置を使ってもよい)							
f. 買 物		食べ物や衣類など必要なものを自分で選び、支払う							
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)							
h. 通院介助		診療時間と往復の移動時間							
(ADL)		内 容	合計欄 ※	6:00	12:00	18:00	0:00	(単位：分)	
介助の項目									
a. ベッド上の可動		ベッド上で横にさせたり、起き上がったり、寝返りを打たせたり、からだを動かす							
b. 移行・移動・歩行		家の中の移行・移動・歩行を介助する							
c. 着 衣		タンスから衣類を取り出し、衣類を脱がせたり、着せたりする							
d. 食 事		食べたり、飲んだりさせる (経管栄養を含む)							
e. トイレの使用		トイレ (ポータブルトイレ、便器や尿尿器を含む) の使用を介助；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							
f. 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、手を洗う (入浴、シャワーを除く)							
g. 入浴・保清		入浴させる；入浴サービスの利用を含む 清拭、洗髪、指浴を含む							
(その他)			合計欄 ※	6:00	12:00	18:00	0:00	(単位：分)	
		要介護者と直接関わっている時間							

※の欄は記入不要

タイムスタディ調査要領（ホームヘルプサービス提供機関用）

1. タイムスタディの目的

タイムスタディは、在宅の要介護高齢者がフォーマル・ケア及びインフォーマル・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。

記録された時間は、個々の利用者ごとに集計し、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。

本調査において、各機関のスタッフの皆さんにお願いすることは、1)各自が担当する個々の利用者のために費やした時間を記録していただくことと、2)調査対象者の家族（主たる介護者）にケア時間測定のコ力を依頼し、適切な指示をしていただくことです。

2. 対象者の抽出方法

1) 利用者の全リストを作成

- ・当該機関のホームヘルプサービスの全利用者のリストを作成して下さい。
- ⇒ 表1

2) 利用者本人及び家族、関係機関等との連絡調整

- ・タイムスタディは、調査に参加する機関及びそのスタッフはもちろん、調査対象となる利用者本人やその家族等の了解と全面的な協力が必要となります。

＜利用者の家族へ＞

- a. 家族の同意を得る（原則的に同意書に署名あるいは捺印をもらう）
- b. 家族用調査表の記入方法と調査スケジュールを説明する
- c. 家族用調査表を回収する（原則的に次回訪問時に回収）

3) 調査対象者10名（+3～4名）を選定

- ・調査対象者の選定に当っては、利用者の特性に偏りのないよう配慮して下さい。
- ・「調査対象者名簿」に記入し、7月18日（金）までに FAX で事務局宛て、ご連絡下さい。⇒ 表2

3. 時間調査の方法

1) ホームヘルパーの時間調査

- ・タイムスタディは保健婦等によるMDS-HCの実施と同時期に1回実施して下さい。
- ・MDS-HC によるアセスメント時とタイムスタディ実施時における利用者の状態が同じであることが必要なので、アセスメント日を含む前後3～4日以内に実施して下さい。

2) 家族の時間調査

- ・タイムスタディは、ホームヘルパーのタイムスタディ実施日を含む1週間に2回実施し、うち1日は、ホームヘルプサービスを受けた日を選び、他の1日はホームヘルプサービスを受けない日を選んで実施して下さい。
- ・記入が完了した調査表は、利用者宅で保管してもらい、ホームヘルパーの訪問日に回収して下さい。

4. MDS-HC によるアセスメントの実施方法

- ・在宅介護支援センターでは、保健婦、または看護婦がホームヘルパーと連携の上、アセスメントを実施して下さい。
- ・行政機関では、保健婦がホームヘルパーと連携の上、アセスメントを実施して下さい。

5. 調査の実施手順

1) 調査の1週間前までに、以下の調査用紙一式を事務局より送付します。

- ①「在宅ケアアセスメント表（MDS-HC）」
- ②「時間調査記入用紙 ホームヘルパー用」
- ③「時間調査記入用紙 家族用（24時間）」

2) 各自、調査日程を決め、調査を実施して下さい。

3) 責任者（担当者）は記入漏れ等がないか確認して下さい。

6. 調査表の返送方法

- ・回収した以下の調査表は、ホームヘルプサービス提供機関で集約し、一括して事務局へ郵送して下さい。

※ アセスメントを実施した保健婦、看護婦（またはホームヘルパー）は、MDS-HCをホームヘルプサービス提供機関へ提出して下さい。

- 1) 「在宅ケアアセスメント表 (MDS-HC)」
- 2) 「時間調査記入用紙 ホームヘルパー用」
- 3) 「時間調査記入用紙 家族用 (24 時間)」
- 4) 「利用者リスト (在宅用)」 (表 1)
- 5) 同意書

機関名: HIT在宅介護支援センター

スタッフ名: △△〇子

職種: ホームヘルパー

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)

1. 調査日 : 平成9年 6 月 7 日

2. 利用者氏名: 糸田川直美

訪問実時間

128 分

利用者宅到着 11 時 00 分 ~ 業務終了 13 時 8 分

出発地 (在宅ケア機関・他の利用者・自宅・その他)

移動時間 (片道) 12 分

〈ホームヘルプサービス提供機関内で本日訪問した利用者のために費やした時間〉

15 分

要介護者の氏名： 糸田 直美

記入者の氏名： $\Delta \Delta O O$ 子

実施日：平成9年6月7日

※	※	※	※	※
機関コード	病棟番号	ｽﾌﾟﾗ識別	臓種コード	ｽﾌﾟﾗNo.

→ a. 食事の用意、b. 家事一般、f. 買物が家族全員の目的に行われた場合には、家族全員の人数で案分した時間を記入して下さい。

＜IADL＞				6:00	12:00	18:00	0:00	(単位:分)
介助の項目	内 容	合計欄						
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)	20						
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	35						
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定							
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用させる (内服薬、外用薬、注射薬などの注射薬を含む)	2						
e. 電話の利用	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)							
f. 買 物	食べ物や衣類など必要なものを自分で選び、支払う							
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)							
h. 通院介助	診療時間と往復の移動時間							

(ADL)		6:00	12:00	18:00	0:00	(単位:分)
介助の項目	内 容	合計欄				
a. ベッド上の可動	ベッド上で横にさせたり、起き上がりたり、寝返りを打たせたり、からだを動かす					
b. 移行・移動、歩行	家の中の移行・移動、歩行を介助する	5	5 +			
c. 着 衣	ダンスから衣類を取り出し、衣類を脱がせたり、着せたりする					
d. 食 事	食べたり、飲んだりさせる (経管栄養を含む)	30	30 +			
e. トイレの使用	トイレ (ポータブルトイレ、便器や尿器を含む) の使用を介助; 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	5	5 +			
f. 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、手を洗う (入浴、シャワーを除く)					
g. 入浴・保清	入浴させる; 入浴サービスの利用を含む 清拭、洗髪、指浴を含む					

〈その他〉

〈その他〉	要介護者と直接関わっている時間	合計欄					(単位:分)
		6:00	12:00	18:00	0:00		
		・	・	・	・	・	
			10 + 15 +				

※の欄は記入不要

上記に該当しない項目
会話・散歩・健康活動を含む

合計欄を忘れずに
記入してください

介護を受けている人も
人数に含む

時間調査記入用紙 家族用 (24時間)

記入例

介護を受けている人の氏名: 細川直美

実施日時: 平成9年6月10日18時から翌日18時までの24時間

同居家族人数: 3人

調査開始

調査終了

(IADL)		内 容	合計欄 ※	18・	・	0・	・	6・	・	12・	・	18・
介護の項目	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)										
a. 食事の用意	食事の用意	食事の用意										
b. 家事一般	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										
c. 金銭管理	金銭管理	支払い、家計の収支勘定										
d. 薬の管理	薬の管理	服薬の時間、袋から取り出し、処方どおり服用させる (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)										
e. 電話の利用	電話の利用	電話をかける (必要に応じて車の故障修理を呼ぶなど)										
f. 買 物	買 物	食べ物や衣類など必要なものを自分で選び、支払う										
g. 交通手段の利用	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)										
h. 通院介護	通院介護	診察時間と往復の移動時間										

(ADL)		内 容	合計欄 ※	18・	・	0・	・	6・	・	12・	・	18・
介護の項目	ベッド上の可動	ベッド上で横にさせたり、起き上がったり、寝返りを打たせたり、からだを動かす										
a. ベッド上の可動	ベッド上の可動	ベッド上で横にさせたり、起き上がったり、寝返りを打たせたり、からだを動かす										
b. 移行・移動・歩行	移行・移動・歩行	家の中の移行・移動・歩行を介助する										
c. 着 衣	着 衣	ダンスから衣類を取り出し、衣類を脱がせたり、着せたりする										
d. 食 事	食 事	食べたり、飲んだりさせる (経管栄養を含む)										
e. トイレの使用	トイレの使用	トイレ (ポータブルトイレ、便器や尿器を含む) の使用を介助; 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										
f. 個人衛生	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、手を洗う (入浴、シャワーを除く)										
g. 入浴・保清	入浴・保清	入浴させる; 入浴サービスの利用を含む 拭、洗髪、指浴を含む										

(その他)		内 容	合計欄 ※	18・	・	0・	・	6・	・	12・	・	18・
要介護者と直接関わっている時間	要介護者と直接関わっている時間											

※の欄は記入不要
上記に該当しない項目
会話・散歩・健康活動を含む

「時間調査記入用紙 家族用（24時間）」記入上の注意

1. 時間調査は、以下のとおりに2回行います。実施日の設定についてはホームヘルパーと相談して決めて下さい。
1回目：ホームヘルプサービスを受けた日
2回目：1回目の調査から1週間以内で、ホームヘルプサービスを受けない日
2. 調査の開始時間は、自由に決めて下さい。
例えば、平成9年6月10日の午後6時から時間の記録を開始したとすると、翌日の午後6時までの活動が調査の対象となります。
なお、時間調査記入用紙には、実施日時を記入するところがあるので、忘れず記入して下さい。
3. 記録する時間は、「分単位」で記入します。
時間調査記入用紙には、時間軸に2時間間隔で目盛り（・）を付けてありますので、目安にして下さい。
4. 合計欄の記入は不要です。
5. 記入し終わった時間調査記入用紙は、次回の訪問日にホームヘルパーに提出して下さい。

時間調査記入用紙 ホームヘルパー用

No. 1

機関名：_____

スタッフ名：_____

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)

1. 調査日：平成9年____月____日

2. 利用者氏名：_____

訪問実時間

利用者宅到着____時____分～業務終了____時____分

分

出発地（在宅ケア機関・他の利用者・自宅・その他）

移動時間（片道）

分

〈ホームヘルプサービス提供機関内で本日訪問した利用者のために費やした時間〉

分

時間調査記入用紙 ホームヘルパー用

No. 2

要介護者の氏名： 記入者の氏名： 実施日：平成9年 月 日

→ a. 食事の用意、b. 家事一般、f. 買物 が家族全員ののために行われた場合には、家族全員の人数で案分した時間を記入して下さい。

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.	※
-------	---	------	---	--------	---	-------	---	---------	---

〈IADL〉		内 容	合計欄	6:00	12:00	18:00	0:00	(単位:分)
介助の項目	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)						
	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						
	c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定						
	d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用させる (内服薬、外用薬、インジェクションなどの注射薬を含む)						
	e. 電話の利用	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)						
	f. 買 物	食べ物や衣類など必要なものを自分で選び、支払う						
	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)						
	h. 通院介助	診療時間と往復の移動時間						

〈ADL〉		内 容	合計欄	6:00	12:00	18:00	0:00	(単位:分)
介助の項目	a. ベッド上の可動	ベッド上で横にさせたり、起き上がったり、寝返りを打たせたり、からだを動かす						
	b. 移行・移動・歩行	家の中の移行・移動・歩行を介助する						
	c. 着 衣	タンスから衣類を取り出し、衣類を脱がせたり、着せたりする						
	d. 食 事	食べたり、飲んだりさせる (経管栄養を含む)						
	e. トイレの使用	トイレ (ポータブルトイレ、便器や尿尿器を含む) の使用を介助; 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						
	f. 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、手を洗う (入浴、シャワーを除く)						
	g. 入浴・保清	入浴させる; 入浴サービスの利用を含む 清拭、洗髪、指浴を含む						

〈その他〉		合計欄	6:00	12:00	18:00	0:00	(単位:分)
要介護者と直接関わっている時間							

※の欄は記入不要

時間調査記入用紙 家族用 (24時間)

介護を受けている人の氏名： _____ 実施日時：平成9年 ____ 月 ____ 日 ____ 時から ____ 時 までの24時間

※	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.
※		※		※		※		※	

同居家族人数： _____ 人

(IADL)		内 容	合計欄 ※	6:00	12:00	18:00	(単位：分)
介助の項目	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)					
	a. 食事の用意						
	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					
	c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定					
	d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用させる (内服薬、外用薬、インジェリンなどの注射薬を含む)					
	e. 電話の利用	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)					
	f. 買 物	食べ物や衣類など必要なものを自分で選び、支払う					
	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)					
	h. 通院介助	診療時間と往復の移動時間					
(ADL)		内 容	合計欄 ※	6:00	12:00	18:00	(単位：分)
介助の項目	a. ベッド上の可動	ベッド上で横にさせたり、起き上がったり、寝返りを打たせたり、からだを動かす					
	b. 移行・移動・歩行	家の中の移行・移動・歩行を介助する					
	c. 着 衣	タンスから衣類を取り出し、衣類を脱がせたり、着せたりする					
	d. 食 事	食べたり、飲んだりさせる (経管栄養を含む)					
	e. トイレの使用	トイレ (ポータブルトイレ、便器や尿器を含む) の使用を介助；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					
	f. 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、手を洗う (入浴、シャワーを除く)					
	g. 入浴・保清	入浴させる；入浴サービスの利用を含む 清拭、洗髪、指浴を含む					
(その他)			合計欄 ※	6:00	12:00	18:00	(単位：分)

	要介護者と直接関わっている時間						

※の欄は記入不要

平成 9 年 6 月

日本医師会介護プロジェクト

研究代表者 池 上 直 己 殿

同 意 書

私は、今回の調査趣旨を理解し、日本医師会介護プロジェクトの依頼に対し、調査協力することに同意します。

なお、同意にあたって、私又は家族のサイン又は押印が無理な場合には、担当医師が私にかわり、サイン又は押印することを認めます。

氏 名	サイン又は押印		
	本人	家族	担当医師

各 位

調 査 協 力 の お 願 い に つ い て

日頃より皆様には医療・福祉の推進にあたりご理解・ご協力をいただき、心よりお礼申し上げます。

さて、高齢者ケアの環境整備が進み、介護保険の審議が続く中、日本医師会は、病院・施設や在宅でケアを必要としている方々の介護度を測り、一人ひとりのケアに対応するしくみを作るための基礎調査を行うことになりました。調査の実施にあたっては、「日本医師会介護プロジェクト」を発足させたところですが、貴者を調査対象として選定させていただくことになりました。

皆様には、上記調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、調査の結果については、本研究以外に使用することはなく、また、プライバシーについては厳重に保護することを申し添えます。

敬 具

平成9年6月

日本医師会介護プロジェクト
研究代表者 池 上 直 己

平成9年6月

日本医師会介護プロジェクト

研究代表者 池上直己 殿

同意書

私は、今回の調査趣旨を理解し、日本医師会介護プロジェクトの依頼に対し、調査協力することに同意します。

氏名 _____ 印

患者・入所者リスト（施設用） No. 1

機関名

	利用者氏名	性別	年齢
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

	利用者氏名	性別	年齢
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			

	利用者氏名	性別	年齢
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			

送信先：（社）北海道開発問題研究調査会

FAX：011-222-4105

資料 7

表 1

機関名：

利 用 者 リ ス ト （ 在 宅 用 ）

obs	機関 番号	整理 番号	利用 者 氏 名	性 別	年 齢	配偶者 の有無	主介護者 の有無	同居 の有無	家族 人員数	自立度 J.A.B.C	痴呆 の有無	往診 の有無	通院 の有無	利 用 し て い る サ ー ビ ス （回/月）					備 考 (主疾病など)	
														訪問看護	ホーム ヘルパー	デ付77 デ付サービス	そ の 他			
																	入浴サービス	リハビリ 配食サービス その他サービス		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

注) 利用しているサービスについては、1ヵ月当たりの利用回数を記入して下さい。

表 2

調査対象者名簿（在宅用）

機関名：_____

	利用者氏名	性別	年齢
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

送信先：（社）北海道開発問題研究調査会

FAX：011-222-4105

要介護度総合分類の妥当性調査票【施設用】

I. 調査対象となったそれぞれの方について以下の質問について「回答用紙（施設用）」にあてはまる番号を記入して下さい。

A. アセスメント及びタイムスタディの調査結果から貴施設の対象者は「回答用紙（施設用）」＜様式1＞の一覧表のように分類されました。また、各要介護度分類の中で特に総ケア時間の多かった高齢者には＊印を付しています。総ケア時間が多い理由をわかる範囲内で＜様式2＞に簡潔に記入して下さい。なお、全員のケア時間の内訳＜様式3＞を添付しますのでご参照下さい。

分析結果をみていただいた上で、この結果についてどのようにお考えですか。次の中からあてはまる番号をそれぞれの対象者について「回答用紙（施設用）」A欄に記入して下さい。

1. 実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える
2. 実際より軽く評価されているが、許容できる範囲内である
3. ほぼ妥当であると思われる
4. 実際より重く評価されているが、許容できる範囲内である
5. 実際より重く評価されており、許容できる範囲を超える

B. この設問は上の設問Aで3以外の場合のみ回答して下さい。この患者（利用者）はどのグループに該当すると判断しますか。該当と思われる番号を「回答用紙（施設用）」B欄に記入して下さい。（アセスメント実施時の状態で判断して下さい）

- | | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1. 分類Ⅰ | 2. 分類Ⅱ | 3. 分類Ⅲ | 4. 分類Ⅳ |
| 5. 分類Ⅴ | 6. 分類Ⅵ | 7. 対象外 | |

C. 対象となった方々は、現在も同じ病院（施設）・病棟（ユニット）に入院していますか。該当する番号を「回答用紙（施設用）」C欄に記入して下さい。

1. 現在も同じ病棟（ユニット）に入院（入所）
2. 現在は同じ病院（施設）の他の病棟（ユニット）に転棟
3. 他の老人病院・精神病院に転院
4. 他の一般病院に転院
5. 他の老人保健施設に転院
6. 他の特別養護老人ホームに転院
7. 自宅へ退院
8. 死亡退院

D. 設問Cで2～8となった方についてうかがいます。転棟、転院、退院の理由はどのようなことですか。該当する番号を「回答用紙（施設用）」のD欄に記入して下さい。

1. 状態の改善のため
2. 状態の安定（固定）のため
3. 状態の悪化のため
4. 死亡
5. その他

E. 設問Cで1または2となった方にうかがいます。現在も貴院（貴施設）に入院（入所）の患者については、現在の状態を総合的に判断した場合、前回のアセスメント調査時と比較して改善がみられますか。該当する番号を「回答用紙（施設用）」のE欄に記入して下さい。

1. 前回調査時の状態と比べ、改善している
2. " やや改善している
3. " ほとんど変化がない
4. " やや悪化している
5. " 悪化している

- Ⅱ. 要介護度総合分類は現在まだ開発中であり、特にADLの程度を把握する方法として、次の2つが候補として上がっています。A案、B案のいずれがより適切な方法であると思われますか。最も適当な回答を下記の中から選び、その番号を○で囲んで下さい。

A案：下記の、晩期に失われるADL項目を組み合わせて合計得点を計算する方法
(今回の分類に使用した方法)

「ベッド上の可動性」、「トイレ使用」、「移行」、「食事」

B案：下記の、早期に失われるADL項目と、晩期に失われるADL項目を組み合わせて合計得点を計算する方法 (新たに検討している方法)

「着衣」、「移動」、「トイレ使用」

1. A案がよい
2. B案がよい
3. よくわからない

- Ⅲ. 皆さんに実施していただいたアセスメント及びタイムスタディの結果を用いて[別紙1]のような分類方法を考察しました。[別紙1]をよくお読みいただいた上で、この度私たちが開発した要介護度総合分類についてのご意見を下記に記入して下さい。(特に厚生省の要介護分類案をご存知の方は、それと比較してのご意見をうかがいたいと存じます。)

要介護度総合分類妥当性調査 回答用紙 <施設用>

病院・施設名 _____

患者・入所者名		要介護度 分類結果	総ケア時間 (分)	回答欄 (該当する番号を記入)				
				A. 分類の 妥当性	B. より適当 な分類	C. ケアの為 の移動	D. 移動の 理由	E. 状態の 変化
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								

総ケア時間が多い理由（わかる範囲内で）

病院・施設名

※理由を簡潔に記して下さい。

	患者・入所者名	要介護度 分類結果	総ケア時間	理由（簡潔に）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

要介護度総合分類とケア時間

病院・施設名： _____

病棟スタッフ												病棟外スタッフ	
患者・入所者名	年齢	要介護度 分類結果	総ケア時間 (分)	看護婦・准看護婦					ケア-カ-等	医師 看護婦 OT, PT, ST その他	看護婦 (再掲)		
				医療の専門技術的ケア		E. その他の ケア							
				A. 診療介助	B. 処置・ リハビリ		C. 特別な患者 の入浴	D. 測定・観察・ 記録・評価					
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

(単位：分)

要介護度総合分類の妥当性調査票【在宅用】

I. 調査対象となったそれぞれの方について以下の質問について「回答用紙（在宅用）」にあてはまる番号を記入して下さい。

A. アセスメント及びタイムスタディの調査結果から貴機関の対象者は「回答用紙（在宅用）」＜様式1＞の一覧表のように分類されました。また、各要介護度分類の中で特に総ケア時間の多かった高齢者には＊印を付しています。家族のケア時間が大きい方もいますが、総ケア時間が多い理由をわかる範囲内で＜様式2＞に簡潔に記入して下さい。なお、全員のケア時間の内訳＜様式3＞を添付しますのでご参照下さい。

分析結果をみていただいた上で、この結果についてどのようにお考えですか。次の中からあてはまる番号をそれぞれの対象者について「回答用紙（在宅用）」A欄に記入して下さい。

1. 実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える
2. 実際より軽く評価されているが、許容できる範囲内である
3. ほぼ妥当であると思われる
4. 実際より重く評価されているが、許容できる範囲内である
5. 実際より重く評価されており、許容できる範囲を超える

B. この設問は上の設問Aで3以外の場合のみ回答して下さい。この対象者はどのグループに該当すると判断しますか。該当と思われる番号を「回答用紙（在宅用）」B欄に記入して下さい。（アセスメント実施時の状態で判断して下さい）

- | | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1. 分類Ⅰ | 2. 分類Ⅱ | 3. 分類Ⅲ | 4. 分類Ⅳ |
| 5. 分類Ⅴ | 6. 分類Ⅵ | 7. 対象外 | |

C. 対象となった方々は、現在も同じ在宅ケア機関からサービスを受けていますか。該当する番号を「回答用紙（在宅用）」C欄に記入して下さい。

1. 現在も同じ在宅ケア機関からサービスを受けている
2. 現在は他の在宅ケア機関からサービスを受けている
3. 老人病院・精神病院に入院
4. 一般病院に入院
5. 老人保健施設に入所
6. 特別養護老人ホームに入所
7. サービスの中止・完了
8. 死亡
9. 不明

D. 設問Cで2～8となった方についてうかがいます。他機関サービスへの変更、入院、入所、中止などの理由はどのようなことですか。該当する番号を「回答用紙（在宅用）」のD欄に記入して下さい。

1. 状態の改善のため
2. 状態の安定（固定）のため
3. 状態の悪化のため
4. 死亡
5. その他

E. 設問Cで1または2となった方にうかがいます。現在も貴機関でサービスを受けている対象者については、現在の状態を総合的に判断した場合、前回のアセスメント調査時と比較して改善がみられますか。該当する番号を「回答用紙（在宅用）」のE欄に記入して下さい。

1. 前回調査時の状態と比べ、改善している
2. " やや改善している
3. " ほとんど変化がない
4. " やや悪化している
5. " 悪化している

- Ⅱ. 要介護度総合分類は現在まだ開発中であり、特にADLの程度を把握する方法として、次の2つが候補として上がっています。A案、B案のいずれがより適切な方法であると思われますか。最も適当な回答を下記の中から選び、その番号を○で囲んで下さい。

A案：下記の、晩期に失われるADL項目を組み合わせる合計得点を計算する方法
(今回の分類に使用した方法)

「ベッド上の可動性」、「トイレ使用」、「移行」、「食事」

B案：下記の、早期に失われるADL項目と、晩期に失われるADL項目を組み合わせる合計得点を計算する方法 (新たに検討している方法)

「着衣」、「移動」、「トイレ使用」

1. A案がよい
2. B案がよい
3. よくわからない

- Ⅲ. 皆さんに実施していただいたアセスメント及びタイムスタディの結果を用いて[別紙1]のような分類方法を考察しました。[別紙1]をよくお読みいただいた上で、この度私たちが開発した要介護度総合分類についてのご意見を下記に記入して下さい。(特に別紙4に示す厚生省の要介護分類案と比較してのご意見をうかがいたいと存じます。)

要介護度総合分類妥当性調査 回答用紙 <在宅用>

機関名: _____

利用者氏名		要介護度 分類結果	総ケア時間 (分)	回答欄 (該当する番号を記入)				
				A. 分類の 妥当性	B. より適当 な分類	C. ケアの為 の移動	D. 移動の 理由	E. 状態の 変化
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								

<様式2>

総ケア時間が多い理由（わかる範囲内で）

機関名：_____

※理由を簡潔に記して下さい。

	利用者氏名	要介護度 分類結果	総ケア時間	理由（簡潔に）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

要介護度総合分類とケア時間

機関名：_____

(単位：分)

利用者氏名	年齢	要介護度 分類結果	総ケア時間 (分)	看護 婦			OT, PT, ST	ホームヘルパー		家 族	
				医療の専門 技術的ケア	ADL 支援	IADL 支援		IADL 支援	ADL 支援	IADL 支援	ADL 支援
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											