

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 【介護老人保健施設・施設票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、平成30年10月3日(水)現在の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 平成30年11月30日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局

電話 : 0120-380-641(平日10:00~17:00)

◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎

FAX: 03-6826-5060(24時間受付)

E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 基本情報

(1)開設年	()年()月
(2)定員数	()人

問2. 貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス

※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。

※ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)	■ 居宅サービス	(1)	(2)	■ 施設サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 訪問入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 介護医療院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 訪問リハビリテーション			■ 医療サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. 病院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. 診療所(在宅療養支援診療所)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 短期入所生活介護、療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. 診療所(在宅療養支援診療所以外)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 特定施設入居者生活介護			■ その他
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 福祉用具貸与、販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. 居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. 有料老人ホーム
		■ 地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウスA、B)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 認知症対応型通所介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. 特になし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. 認知症対応型共同生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. 看護小規模多機能型居宅介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. 地域密着型通所介護			

問3. 職員体制 平成30年10月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。
 ※該当者がいない場合は0を記入してください。

		(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数		()人	()人
①	医師	()人	()人
②	歯科医師	()人	()人
③	薬剤師	()人	()人
④	看護師	()人	()人
⑤	准看護師	()人	()人
⑥	理学療法士	()人	()人
⑦	作業療法士	()人	()人
⑧	言語聴覚士	()人	()人
⑨	歯科衛生士	()人	()人
⑩	栄養士	()人	()人
	⑪うち、管理栄養士	()人	()人
⑫	介護支援専門員	()人	()人
⑬	介護福祉士	()人	()人
⑭	その他の介護職員	()人	()人
⑮	その他の職員	()人	()人
(2)派遣職員の数	介護職員	()人	()人
	看護職員	()人	()人
	事務職員	()人	()人
	その他の職員	()人	()人

問4. 褥瘡マネジメントの実施状況

1. 入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価

(1)入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価を実施しているか	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)~(4)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)~(4)に回答してください 3. 実施していない → 2.に進んでください 4. その他 () → 2.に進んでください
(2)評価している内容 (複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 ()
(3)評価の職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()

		前年度	今年度
(4) 評価の頻度		1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他
2. 褥瘡ケア計画の作成			
(1) 褥瘡ケア計画の作成	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 3. 実施していない → 5に進んでください 4. その他 () → 5に進んでください		
(2) 褥瘡ケア計画への記載内容 (複数回答可)	1. 上記「問4. 1. (2) 評価している内容」の結果 2. 褥瘡の状態の評価 3. ベッド上の圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 4. イス上の圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 5. スキンケア 6. 栄養状態改善 7. リハビリテーション 8. その他 ()		
(3) 褥瘡ケア計画を作成する際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()		
(4) 褥瘡のリスク評価の内容を褥瘡ケア計画へ反映しているか	1. 反映している 2. 反映していない		
(5) 褥瘡ケア計画について、入所者・家族への説明の実施の有無	1. 説明している 2. 説明していない		
3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネジメントの実施			
(1) 褥瘡ケアにおいて記録している情報(複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 ()		
(2) 褥瘡マネジメントの記録頻度	1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他		
(3) 褥瘡予防マットレスの使用の有無	1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください		
(4) 上記で「2. 使用していない」を選択した場合、その理由 (複数回答可)	1. 効果を感じないため 2. 適切な使用方法が分からないため 3. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 4. 高価であるため 5. 入所者が使用しなかったため 6. その他 ()		

4. 褥瘡ケア計画の見直し	
(1) 褥瘡ケア計画の見直し	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 () → 5.に進んでください
(2) 見直しをする際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()
(3) 見直しの頻度	1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他
5. 褥瘡が発生した場合の対応	
(1) 褥瘡のステージの記録	1. 全ての入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 記録していない → 以下の(3)に回答してください 4. その他 () → 以下の(3)に回答してください
(2) 上記で「1. 全ての入所者について記録している」、「2. 一部の入所者について記録している」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)	1. NPUAP分類 2. DESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他 ()
(3) 褥瘡が発生した際の医療機関との連携	1. 定期的に医師が診察している 2. 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 3. 医師は診察していない 4. その他 ()
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1) 褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2) 上記で「1.ある」を選択した場合、どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 ()
(3) 上記で「1.ある」を選択した場合、周知・共有方法 (複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的を使用している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他 ()
(4) 上記で「1.ある」を選択した場合、内容の見直しの実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5) 上記で「2.なし」を選択した場合、整備していない理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他 ()
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1) 褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2) 上記で「1.ある」を選択した場合、どのような研修を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的開催している 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他 ()
(3) 上記で「2.なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他 ()

8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1) 褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合も含まれます。	1. 設置している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 設置していない → 9.に進んでください
(2) 上記で「1. 設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 ()
(3) 上記で「1. 設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法 (複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他 ()
9. その他	
(1) 貴施設では、どのような状態からを「褥瘡」と捉えていますか	1. 皮膚損傷・発赤なし 2. 持続する発赤 3. 真皮までの損傷 4. 皮下組織までの損傷 5. 皮下組織を超える損傷 6. 関節腔、体腔に至る損傷 7. その他 ()
(2) 貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日～9月30日の6ヶ月間)	()人
(3) 上記(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数のうち、褥瘡が原因で入院した人数	()人

問5. 褥瘡マネジメント加算に関する状況	
(1) 褥瘡マネジメント加算の算定有無 (平成30年4月1日から9月30日までの6ヶ月間に一度でも算定していれば、「算定している」を選択)	1. 算定している → 問6に進んでください 2. 算定していない → 以下の(2)～(3)に回答してください
(2) 上記で「2. 算定していない」を選択した場合、算定が困難な理由(複数回答可)	1. 褥瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい 2. 入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 3. 複数の職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 4. 褥瘡ケア計画に従い褥瘡マネジメントを実施するのが難しい 5. 褥瘡マネジメントの内容について定期的に記録するのが難しい 6. 少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 7. 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 8. 低栄養リスク改善加算を算定しているため 9. 分からない 10. その他 ()
(3) 上記で「2. 算定していない」を選択した場合、今後の算定予定	1. 今後、予定している 2. 今のところ、予定していない 3. 分からない

問6. 「入所時」における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式 (1つだけに○)	1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS-HC方式 4. ICFステージング(R4) 5. その他 ()														
(2) 基本情報の記録状況	記録状況 (1つだけに○)				情報を収集する 負担感 (5段階評価)					記録している者 (複数回答可)					
	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他 →その他の場合 具体的に	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある		記録している場合、 右の設問にご回答ください。 左記の記録状況で 「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要	看護師	介護支援専門員	介護職員	支援相談員
①身長	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作(ADL)の評価についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式 以外に、日常生活や運動器機能の アセスメントを実施する際に主として 使用している項目(1つだけに○)	1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他 () 5. 評価していない									
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する 負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある									
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)										
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()									
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. 支援相談員 8. その他職種 ()									

3. 手段的日常生活動作 (IADL) の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他 () 4. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. 支援相談員 8. その他職種 ()
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini-Mental State Examination) 4. MOCA-j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items) 7. その他 () 8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で、「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 支援相談員 9. その他職種 ()
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
(1) 必要栄養量の計算	1. 全ての入所者について計算している 2. 一部の入所者について計算している 3. 計算していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について計算している」「2. 一部の入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 ()
(2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 () 8. 評価していない
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある

(2)で選択した項目についてお伺いします。(上記(2)で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(4) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(5) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 言語聴覚士 4. 管理栄養士 5. 栄養士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 支援相談員 9. その他職種 ()
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
(1) 歯の状況の把握	1. 全ての入所者について把握している 2. 一部の入所者について把握している 3. 把握していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価項目(複数回答可)	1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況(義歯の有無など) 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価を行う者(複数選択可)	1. 歯科医師 2. 看護師 3. 歯科衛生士 4. 介護支援専門員 5. 介護職員 6. 支援相談員 7. その他職種 ()
(2) 嚥下機能の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価方法(複数回答可)	1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3) 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 () 6. 評価していない
(4) 上記(3)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3)で選択した項目についてお伺いします。(上記(3)で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(5) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(6) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. 介護支援専門員 11. 介護職員 12. 支援相談員 13. その他職種 ()

7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他 () 9. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 支援相談員 9. その他職種 ()
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
(1) 介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1.全ての入所者について評価している」「2.一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価の方法(複数回答可)	1. Zarit介護負担尺度を用いての評価 2. BIC-11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価 3. その他の尺度を用いての評価 () 4. 尺度は用いないでの評価 5. その他 ()
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容(複数回答可)	1. 精神的負担感(介護によるストレス等) 2. 身体的負担感(肉体的な介護疲れ、睡眠障害等) 3. 環境要因による負担感(介護者の住まいが遠方、経済的負担等) 4. その他 ()

問7. 「入所中」 における入所者の心身状態等に関する記録の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 基本情報の記録状況	記録状況 (1つだけに○)						「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	記録の頻度 (1つだけに○)				
	記録していない	その他	→その他の場合 具体的に	一部の入所者について状態の著変時のみ記録している	全ての入所者について状態の著変時のみ記録している	一部の入所者について定期的に記録している		全ての入所者について定期的に記録している	概ね月1回	概ね3ヶ月に1回	概ね半年に1回	概ね1年に1回
①身長	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作(ADL)の記録についてお伺いします。

(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.2.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

3. 手段的日常生活動作(IADL)の記録についてお伺いします。

(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.3.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。		
(1) 認知機能の記録の収集状況 ※問6.4.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
5. 栄養状態の記録についてお伺いします。		
(1) 必要栄養量	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 栄養状態のアセスメント ※問6.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
6. 口腔機能の記録についてお伺いします。		
(1) 歯の状況の把握	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 嚥下機能の記録	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

(3) 口腔機能のアセスメント ※問6.6.(3)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。

(1) うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問6.7.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

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

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

問9. 退所時における入所者に関する記録の状況

(1) 転帰(死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等)の記録の有無	1. 記録している 2. 記録していない
-----------------------------------	-------------------------

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 【介護老人保健施設・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- ・ 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、記入要領のP.2をご参照ください。
- ・ 問1～5共通として特に指定の無い限り、記載日時点における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 平成30年11月30日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-380-641(平日10:00～17:00)
 ◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報

(1) 基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. 准看護師 6. 理学療法士 7. 作業療法士 8. 言語聴覚士 9. 歯科衛生士 10. 栄養士 11. 管理栄養士 12. 介護支援専門員 13. 社会福祉士	14. 介護福祉士 15. 視能訓練士 16. 義肢装具士 17. あん摩マッサージ指圧師 18. はり師 19. きゆう師 20. 柔道整復師 21. 精神保健福祉士 22. その他 →具体的な資格を記載してください () 23. 資格なし
(2) 資格ありの場合、経験年数	()年	
(3) Barthel Index による評価(問4の評価項目)を日常的に行っているか	1. 行っている	2. 行っていない
(4) FIM(Functional Independence Measure)による評価(問5の評価項目)を日常的に行っているか	1. 行っている	2. 行っていない

問2. 利用者の基本情報 記載日時点における状況

※記載日を記入してください

平成()年()月()日

(1)性別	1.男性	2.女性			
(2)年齢	()歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要介護2 6.申請中	3.要介護3	4.要介護4	
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2.Ⅰ 7.Ⅳ	3.Ⅱa 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5.Ⅲa
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2	5.A2 10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成()年()月				
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年()月				

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

(6)薬の状況	服薬状況	1.薬を飲んでいる	2.薬を飲んでいない
	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤	7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類を記載してください () 9.不明

	飲んでいる場合の薬の種類数	()種類		
(7) 歯の状態	義歯の有無	1.あり	2.なし	
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分でやっているか否かをご記入ください。	1.自分でやっている	2.自分でやっていない	
(8) 過去3か月間の入院の有無		1.あり	2.なし	
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無		1.あり	2.なし	
(10) 過去3か月間の骨折の有無		1.あり	2.なし	
(11) 過去3か月以内に転倒をしましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(12) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(13) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(14) (介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明 4.対象外 (経管栄養・経静脈 栄養等の場合)
(15) (介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明 4.対象外 (経管栄養・経静脈 栄養等の場合)
(16) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(17) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(18) 見当識	自分の名前がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	どこにいるかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(19) コミュニケーション	簡単な指示を理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブルなくにコミュニケーションが取れていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(20) 認知機能	意識障害がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	簡単な計算はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	時間管理はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明

(21) 行動心理症状	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22) 歩行移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください。	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の移動をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明

	公共交通機関を利用して外出をしていますか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な用具の名称を記載してください ()		5.移動に器具は用いていない 6.不明

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

問4. Barthel Index による評価

記載日時点における状況

※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。

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

問5. FIM(Functional Independence Measure)による評価
記載日時点における状況 ※該当する点数を右側の行に記入してください。
※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1)運動項目	セルフケア	食事	()点
		整容	()点
		清拭(入浴)	()点
		更衣(上半身)	()点
		更衣(下半身)	()点
		トイレ	()点
	排泄コントロール	排尿管理	()点
		排便管理	()点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	()点
		トイレ	()点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	()点 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー
	移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行=()点 車椅子=()点 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子
階段		()点	
(2)認知項目	コミュニケーション	理解	()点 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚
		表出	()点 <input type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> 非音声
	社会的認識	社会的交流	()点
		問題解決	()点
		記憶	()点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典) 千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 【介護老人福祉施設・施設票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、平成30年10月3日(水)現在の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 平成30年11月30日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局

電話 : 0120-380-641(平日10:00~17:00)

◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎

FAX: 03-6826-5060(24時間受付)

E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 基本情報

(1)開設年	()年()月
(2)定員数	()人

問2. 貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス

※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。

※ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)	■居宅サービス	(1)	(2)	■施設サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 訪問入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 介護医療院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 訪問リハビリテーション			■医療サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. 病院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. 診療所(在宅療養支援診療所)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 短期入所生活介護、療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. 診療所(在宅療養支援診療所以外)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 特定施設入居者生活介護			■その他
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 福祉用具貸与、販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. 居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. 有料老人ホーム
		■地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウスA、B)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 認知症対応型通所介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. 特になし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. 認知症対応型共同生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. 看護小規模多機能型居宅介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. 地域密着型通所介護			

問3. 職員体制 平成30年10月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。
 ※該当者がいない場合は0を記入してください。

		(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数		()人	()人
①	医師	()人	()人
②	歯科医師	()人	()人
③	薬剤師	()人	()人
④	看護師	()人	()人
⑤	准看護師	()人	()人
⑥	理学療法士	()人	()人
⑦	作業療法士	()人	()人
⑧	言語聴覚士	()人	()人
⑨	歯科衛生士	()人	()人
⑩	栄養士	()人	()人
	⑪うち、管理栄養士	()人	()人
⑫	介護支援専門員	()人	()人
⑬	介護福祉士	()人	()人
⑭	その他の介護職員	()人	()人
⑮	その他の職員	()人	()人
(2)派遣職員の人数	介護職員	()人	()人
	看護職員	()人	()人
	事務職員	()人	()人
	その他の職員	()人	()人

問4. 褥瘡マネジメントの実施状況

1. 入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価

(1)入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価を実施しているか	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)~(4)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)~(4)に回答してください 3. 実施していない → 2.に進んでください 4. その他 () → 2.に進んでください
(2)評価している内容 (複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 ()
(3)評価の職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()

		前年度	今年度
(4) 評価の頻度		1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他
2. 褥瘡ケア計画の作成			
(1) 褥瘡ケア計画の作成		1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 () → 5.に進んでください	
(2) 褥瘡ケア計画への記載内容 (複数回答可)		1. 上記「問4. 1. (2) 評価している内容」の結果 2. 褥瘡の状態の評価 3. ベッド上の圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 4. イス上の圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 5. スキンケア 6. 栄養状態改善 7. リハビリテーション 8. その他 ()	
(3) 褥瘡ケア計画を作成する際の参加職種 (複数回答可)		1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()	
(4) 褥瘡のリスク評価の内容を褥瘡ケア計画へ反映しているか		1. 反映している 2. 反映していない	
(5) 褥瘡ケア計画について、入所者・家族への説明の実施の有無		1. 説明している 2. 説明していない	
3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネジメントの実施			
(1) 褥瘡ケアにおいて記録している情報(複数回答可)		1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 ()	
(2) 褥瘡マネジメントの記録頻度		1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他	
(3) 褥瘡予防マットレスの使用の有無		1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください	
(4) 上記で「2. 使用していない」を選択した場合、その理由 (複数回答可)		7. 効果を感じないため 8. 適切な使用方法が分からないため 9. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 10. 高価であるため 11. 入所者が使用しがないため 12. その他 () 他	

4. 褥瘡ケア計画の見直し	
(1) 褥瘡ケア計画の見直し	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 () → 5.に進んでください
(2) 見直しをする際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()
(3) 見直しの頻度	1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他
5. 褥瘡が発生した場合の対応	
(1) 褥瘡のステージの記録	1. 全ての入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 記録していない → 以下の(3)に回答してください 4. その他 () → 以下の(3)に回答してください
(2) 上記で「1. 全ての入所者について記録している」、「2. 一部の入所者について記録している」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)	1. NPUAP分類 2. DESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他 ()
(3) 褥瘡が発生した際の医療機関との連携	1. 定期的に医師が診察している 2. 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 3. 医師は診察していない 4. その他 ()
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1) 褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2) 上記で「1.ある」を選択した場合、どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 ()
(3) 上記で「1.ある」を選択した場合、周知・共有方法 (複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他 ()
(4) 上記で「1.ある」を選択した場合、内容の見直しの実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5) 上記で「2.なし」を選択した場合、整備していない理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他 ()
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1) 褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2) 上記で「1.ある」を選択した場合、どのような研修を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的に関催している 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他 ()
(3) 上記で「2.なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他 ()

8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1) 褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合も含まれます。	1. 設置している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 設置していない → 9.に進んでください
(2) 上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 ()
(3) 上記で「1.設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法 (複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他 ()
9. その他	
(1) 貴施設では、どのような状態からを「褥瘡」と捉えていますか	1. 皮膚損傷・発赤なし 2. 持続する発赤 3. 真皮までの損傷 4. 皮下組織までの損傷 5. 皮下組織を超える損傷 6. 関節腔、体腔に至る損傷 7. その他 ()
(2) 貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日～9月30日の6ヶ月間)	()人
(3) 上記「(2) 貴施設で褥瘡が発生した入所者数」のうち、褥瘡が原因で入院した人数	()人

問5. 褥瘡マネジメント加算に関する状況	
(1) 褥瘡マネジメント加算の算定有無 (平成30年4月1日から9月30日までの6ヶ月間に一度でも算定していれば、「算定している」を選択)	1. 算定している → 問6に進んでください 2. 算定していない → 以下の(2)～(3)に回答してください
(2) 上記で「2. 算定していない」を選択した場合、算定が困難な理由(複数回答可)	1. 褥瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい 2. 入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 3. 複数の職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 4. 褥瘡ケア計画に従い褥瘡マネジメントを実施するのが難しい 5. 褥瘡マネジメントの内容について定期的に記録するのが難しい 6. 少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 7. 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 8. 低栄養リスク改善加算を算定しているため 9. 分からない 10. その他 ()
(3) 上記で「2. 算定していない」を選択した場合、今後の算定予定	1. 今後、予定している 2. 今のところ、予定していない 3. 分からない

問6. 「入所時」における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式 (1つだけに○)	1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS-HC方式 4. ICFステージング(R4) 5. その他 ()														
(2) 基本情報の記録状況	記録状況 (1つだけに○)				情報を収集する 負担感 (5段階評価)					記録している場合、 右の設問にご回答 ください。 左記の記録状況で 「3. 記録していない」を選択した場合は 回答不要	記録している者 (複数回答可)				
	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他 →その他の場合 具体的に	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある		看護師	介護支援専門員	介護職員	生活相談員	その他職種
①身長	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作(ADL)の評価についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他 () 5. 評価していない									
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある									
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)										
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()									
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. 生活相談員 8. その他職種 ()									

3. 手段的日常生活動作 (IADL) の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他 () 4. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「4. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. 生活相談員 8. その他職種 ()
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini-Mental State Examination) 4. MOCA-j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items) 7. その他 () 8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 生活相談員 9. その他職種 ()
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
(1) 必要栄養量の計算	1. 全ての入所者について計算している 2. 一部の入所者について計算している 3. 計算していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について計算している」「2. 一部の入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 ()

(2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 () 8. 評価していない
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(2)で選択した項目についてお伺いします。(上記(2)で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(4) 項目の評価状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(5) 評価を行う者(複数選択可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師 2. 看護師 3. 言語聴覚士 4. 管理栄養士 5. 栄養士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 生活相談員 9. その他職種 ()
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
(1) 歯の状況の把握	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について把握している 2. 一部の入所者について把握している 3. 把握していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価項目 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況(義歯の有無など) 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価を行う者(複数選択可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 歯科医師 2. 看護師 3. 歯科衛生士 4. 介護支援専門員 5. 介護職員 6. 生活相談員 7. その他職種 ()
(2) 嚥下機能の評価	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価方法 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感(5段階評価)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3) 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコキネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 () 6. 評価していない

(4) 上記(3)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3)で選択した項目についてお伺いします。(上記(3)で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(5) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(6) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. 介護支援専門員 11. 介護職員 12. 生活相談員 13. その他職種 ()
7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOIによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他 () 9. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 生活相談員 9. その他職種 ()
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
(1) 介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1.全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価の方法(複数回答可)	6. Zarit介護負担尺度を用いての評価 7. BIC-11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価 8. その他の尺度を用いての評価 () 9. 尺度は用いないでの評価 10. そ の 他 ()
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容(複数回答可)	5. 精神的負担感(介護によるストレス等) 6. 身体的負担感(肉体的な介護疲れ、睡眠障害等) 7. 環境要因による負担感(介護者の住まいが遠方、経済的負担等) 8. その他 ()

問7. 「入所中」 における入所者の心身状態等に関する記録の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 基本情報の記録状況	記録状況 (1つだけに○)						「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	記録の頻度 (1つだけに○)				
	録している	録している	一部の入所者について定期的に記録している	時のみ記録している	全ての入所者について状態の著変時のみ記録している	記録していない		その他	→その他の場合 具体的に	概ね月1回	概ね3ヶ月に1回	概ね半年に1回
①身長	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作(ADL)の記録についてお伺いします。

(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.2.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

3. 手段的日常生活動作(IADL)の記録についてお伺いします。

(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.3.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。

(1) 認知機能の記録の収集状況 ※問6.4.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
---	--

(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		<ol style="list-style-type: none"> 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
5. 栄養状態の記録についてお伺いします。		
(1) 必要栄養量	記録状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 栄養状態のアセスメント ※問6.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
6. 口腔機能の記録についてお伺いします。		
(1) 歯の状況の把握	記録状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 嚥下機能の記録	記録状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(3) 口腔機能のアセスメント ※問6.6.(3)で選択した項目について回答してください。	記録状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。

(1) うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問6.7.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

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

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

問9. 退所時における入所者に関する記録の状況

(1) 転帰(死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等)の記録の有無	1. 記録している 2. 記録していない
-----------------------------------	-------------------------

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護老人福祉施設・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- ・ 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、**当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方**がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、**記入要領のP.2をご参照ください。**
- ・ **問1～5共通として特に指定の無い限り、記載日時点における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。**
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ **平成30年11月30日(金)までにご回答下さい。**

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-380-641(平日10:00~17:00)
 ◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報

(1)基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください。	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護師 5.准看護師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.歯科衛生士 10.栄養士 11.管理栄養士 12.介護支援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してください () 23.資格なし
(2)資格ありの場合、経験年数	()年	
(3)Barthel Index による評価(問4の評価項目)を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない
(4)FIM(Functional Independence Measure)による評価(問5の評価項目)を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない

問2. 利用者の基本情報 記載日時点における状況					
※記載日を記入してください。	平成()年()月()日				
(1)性別	1.男性		2.女性		
(2)年齢	()歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要介護2 6.申請中	3.要介護3	4.要介護4	
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2.Ⅰ 7.Ⅳ	3.Ⅱa 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5.Ⅲa
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2	5.A2 10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成()年()月				
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年()月				

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

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

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

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

問4. Barthel Index による評価

記載日時点における状況

※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。

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

問5. FIM (Functional Independence Measure) による評価
 記載日時点における状況 ※該当する点数を右側の行に記入してください。
 ※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1) 運動項目	セルフケア	食事	() 点
		整容	() 点
		清拭(入浴)	() 点
		更衣(上半身)	() 点
		更衣(下半身)	() 点
		トイレ	() 点
	排泄コントロール	排尿管理	() 点
		排便管理	() 点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	() 点
		トイレ	() 点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	() 点 □浴槽 □シャワー
移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行=() 点 車椅子=() 点 □歩行 □車椅子	
	階段	() 点	
(2) 認知項目	コミュニケーション	理解	() 点 □聴覚 □視覚
		表出	() 点 □音声 □非音声
	社会的認識	社会的交流	() 点
		問題解決	() 点
		記憶	() 点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典) 千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査 【介護医療院・施設票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、平成30年10月3日(水)現在の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 平成30年11月30日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局

電話 : 0120-380-641(平日10:00~17:00)

◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎

FAX: 03-6826-5060(24時間受付)

E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 基本情報

(1)開設年	()年()月
(2)定員数	()人

問2. 貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス

※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。

※ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)	■居宅サービス	(1)	(2)	■施設サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 訪問入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 訪問リハビリテーション			■医療サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. 病院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. 診療所(在宅療養支援診療所)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 短期入所生活介護、療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. 診療所(在宅療養支援診療所以外)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 特定施設入居者生活介護			■その他
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 福祉用具貸与、販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. 居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. 有料老人ホーム
		■地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウスA、B)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 認知症対応型通所介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. 特になし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. 認知症対応型共同生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. 看護小規模多機能型居宅介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. 地域密着型通所介護			

問3. 職員体制 平成30年10月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。
※該当者がいない場合は0を記入してください。

		(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数		()人	()人
①	医師	()人	()人
②	歯科医師	()人	()人
③	薬剤師	()人	()人
④	看護師	()人	()人
⑤	准看護師	()人	()人
⑥	理学療法士	()人	()人
⑦	作業療法士	()人	()人
⑧	言語聴覚士	()人	()人
⑨	歯科衛生士	()人	()人
⑩	栄養士	()人	()人
	⑪うち、管理栄養士	()人	()人
⑫	介護支援専門員	()人	()人
⑬	介護福祉士	()人	()人
⑭	その他の介護職員	()人	()人
⑮	その他の職員	()人	()人
(2)派遣職員の人数	介護職員	()人	()人
	看護職員	()人	()人
	事務職員	()人	()人
	その他の職員	()人	()人

問4. 褥瘡マネジメントの実施状況

1. 入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価

(1)入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価を実施しているか	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)~(4)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)~(4)に回答してください 3. 実施していない → 2.に進んでください 4. その他 () → 2.に進んでください	
(2)評価している内容 (複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 ()	
(3)評価の職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()	
(4)評価の頻度	前年度	今年度
	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他

2. 褥瘡ケア計画の作成	
(1) 褥瘡ケア計画の作成	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 () → 5.に進んでください
(2) 褥瘡ケア計画への記載内容 (複数回答可)	1. 上記「問4. 1. (2) 評価している内容」の結果 2. 褥瘡の状態の評価 3. ベッド上の圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 4. イス上の圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 5. スキンケア 6. 栄養状態改善 7. リハビリテーション 8. その他 ()
(3) 褥瘡ケア計画を作成する際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()
(4) 褥瘡のリスク評価の内容を褥瘡ケア計画へ反映しているか	1. 反映している 2. 反映していない
(5) 褥瘡ケア計画について、入所者・家族への説明の実施の有無	1. 説明している 2. 説明していない
3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネジメントの実施	
(1) 褥瘡ケアにおいて記録している情報(複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 ()
(2) 褥瘡マネジメントの記録頻度	1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他
(3) 褥瘡予防マットレスの使用の有無	1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください
(4) 上記で「2. 使用していない」を選択した場合、その理由 (複数回答可)	13. 効果を感じないため 14. 適切な使用方法が分からないため 15. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 16. 高価であるため 17. 入所者が使用したがないため 18. その他 ()
4. 褥瘡ケア計画の見直し	
(1) 褥瘡ケア計画の見直し	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 () → 5.に進んでください
(2) 見直しをする際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 ()
(3) 見直しの頻度	1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他

5. 褥瘡が発生した場合の対応	
(1) 褥瘡のステージの記録	1. 全ての入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 記録していない → 以下の(3)に回答してください 4. その他 () → 以下の(3)に回答してください
(2) 上記で「1. 全ての入所者について記録している」、「2. 一部の入所者について記録している」を選択した場合、評価指標(複数回答可)	1. NPUAP分類 2. DESIGN-R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他 ()
(3) 褥瘡が発生した際の医療機関との連携	1. 定期的に医師が診察している 2. 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 3. 医師は診察していない 4. その他 ()
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1) 褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2) 上記で「1. ある」を選択した場合、どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 ()
(3) 上記で「1. ある」を選択した場合、周知・共有方法(複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他 ()
(4) 上記で「1. ある」を選択した場合、内容の見直しの実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5) 上記で「2. なし」を選択した場合、整備していない理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他 ()
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1) 褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2) 上記で「1. ある」を選択した場合、どのような研修を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的に行っている 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他 ()
(3) 上記で「2. なし」を選択した場合、ない理由(複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他 ()
8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1) 褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合も含みます。	1. 設置している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 設置していない → 9.に進んでください
(2) 上記で「1. 設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況(複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 ()
(3) 上記で「1. 設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法(複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他 ()
9. その他	
(1) 貴施設では、どのような状態からを「褥瘡」と捉えていますか	1. 皮膚損傷・発赤なし 2. 持続する発赤 3. 真皮までの損傷 4. 皮下組織までの損傷 5. 皮下組織を超える損傷 6. 関節腔、体腔に至る損傷 7. その他 ()
(2) 貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日～9月30日の6ヶ月間)	()人
(3) 上記「(2) 貴施設で褥瘡が発生した入所者数」のうち、褥瘡が原因で入院した人数	()人

問5. 「入所時」における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式 (1つだけに○)	1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS-HC方式 4. ICFステージング(R4) 5. その他 ()													
(2) 基本情報の記録状況	記録状況 (1つだけに○)				情報を収集する 負担感 (5段階評価)					記録している 場合、右の設 問にご回答く ださい。 左記の記録状 況で「3. 記録 していない」を 選択した場合 は回答不要	記録している者 (複数回答可)			
	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他 →その他の場合 具体的に	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある		看護師	介護支援専門員	介護職員	その他職種
①身長	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
②体重	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
③既往歴	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
④栄養状態	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4

2. 日常生活動作(ADL)の評価についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他 () 5. 評価していない												
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある												
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)													
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()												
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. その他職種 ()												

3. 手段的日常生活動作 (IADL) の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他 () 4. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. その他職種 ()
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini-Mental State Examination) 4. MOCA-j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items) 7. その他 () 8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. その他職種 ()
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
(1) 必要栄養量の計算	1. 全ての入所者について計算している 2. 一部の入所者について計算している 3. 計算していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について計算している」「2. 一部の入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 ()
(2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 () 8. 評価していない
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある

(2)で選択した項目についてお伺いします。(上記(2)で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(4) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(5) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 5. 栄養士 2. 看護師 6. 介護支援専門員 3. 言語聴覚士 7. 介護職員 4. 管理栄養士 8. その他職種 ()
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
(1) 歯の状況の把握	1. 全ての入所者について把握している 2. 一部の入所者について把握している 3. 把握していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価項目(複数回答可)	1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況(義歯の有無など) 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価を行う者(複数選択可)	1. 歯科医師 4. 介護支援専門員 2. 看護師 5. 介護職員 3. 歯科衛生士 6. その他職種 ()
(2) 嚥下機能の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価方法(複数回答可)	1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 ()
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3) 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコキネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 () 6. 評価していない
(4) 上記(3)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3)で選択した項目についてお伺いします。(上記(3)で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(5) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(6) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 7. 歯科衛生士 2. 歯科医師 8. 管理栄養士 3. 看護師 9. 栄養士 4. 理学療法士 10. 介護支援専門員 5. 作業療法士 11. 介護職員 6. 言語聴覚士 12. その他職種 ()

7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他 () 9. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 ()
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 5. 言語聴覚士 2. 看護師 6. 介護支援専門員 3. 理学療法士 7. 介護職員 4. 作業療法士 8. その他職種 ()
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
(1) 介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1.全ての入所者について評価している」「2.一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価の方法(複数回答可)	11. Zarit介護負担尺度を用いての評価 12. BIC-11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価 13. その他の尺度を用いての評価 () 14. 尺度は用いないでの評価 15. そ の 他 ()
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容(複数回答可)	9. 精神的負担感(介護によるストレス等) 10. 身体的負担感(肉体的な介護疲れ、睡眠障害等) 11. 環境要因による負担感(介護者の住まいが遠方、経済的負担等) 12. そ の 他 ()

問6. 「入所中」における入所者の心身状態等に関する記録の状況
 ※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 基本情報の記録状況	記録状況 (1つだけに○)						「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	記録の頻度 (1つだけに○)				
	全ての入所者について定期的に記録している	一部の入所者について定期的に記録している	全ての入所者について状態の著変時のみ記録している	一部の入所者について状態の著変時のみ記録している	記録していない	その他 →その他の場合 具体的に		概ね月1回	概ね3ヶ月に1回	概ね半年に1回	概ね1年に1回	その他
①身長	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	5	6	⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作(ADL)の記録についてお伺いします。

(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問5.2.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

3. 手段的日常生活動作(IADL)の記録についてお伺いします。

(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問5.3.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。		
(1) 認知機能の記録の収集状況 ※問5.4.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
5. 栄養状態の記録についてお伺いします。		
(1) 必要栄養量	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 栄養状態のアセスメント ※問5.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
6. 口腔機能の記録についてお伺いします。		
(1) 歯の状況の把握	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 嚥下機能の記録	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

(3) 口腔機能の アセスメント ※問5.6.(3)で選択した 項目について回答してくだ さい。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。		
(1) うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問5.7.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

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

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

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

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護医療院・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- ・ 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、記入要領のP.2をご参照ください。
- ・ 問1～5共通として特に指定の無い限り、記載日時における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 平成30年11月30日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-380-641(平日10:00~17:00)
 ◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報

(1) 基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください。	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. 准看護師 6. 理学療法士 7. 作業療法士 8. 言語聴覚士 9. 歯科衛生士 10. 栄養士 11. 管理栄養士 12. 介護支援専門員 13. 社会福祉士	14. 介護福祉士 15. 視能訓練士 16. 義肢装具士 17. あん摩マッサージ指圧師 18. はり師 19. きゅう師 20. 柔道整復師 21. 精神保健福祉士 22. その他 →具体的な資格を記載してください () 23. 資格なし
(2) 資格ありの場合、経験年数	()年	
(3) Barthel Index による評価(問4の評価項目)を日常的に行っているか	1. 行っている	2. 行っていない
(4) FIM(Functional Independence Measure)による評価(問5の評価項目)を日常的に行っているか	1. 行っている	2. 行っていない

問2. 利用者の基本情報
記載日時点における状況

※記載日を記入してください。	平成()年()月()日				
(1)性別	1.男性		2.女性		
(2)年齢	()歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要介護2 6.申請中	3.要介護3	4.要介護4	
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2.Ⅰ 7.Ⅳ	3.Ⅱa 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5.Ⅲa
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2	5.A2 10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成()年()月				
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年()月				

問3. 利用者の状態に関する情報

記載日時点における状況 ※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1)ADLの状況	入浴		1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
	排泄	排尿	1.自分でやっている	2.自分で行っていない	3.対象外 (バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿の場合)
		排便	1.自分でやっている	2.自分で行っていない	3.対象外 (人工肛門等の場合)
	食事摂取		1.自分でやっている	2.自分で行っていない	3.対象外 (経管栄養・経静脈栄養等の場合)
	更衣	上衣	1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
		下衣	1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
	個人衛生(洗顔・整髪)		1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
(2)基本動作	寝返り		1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
	座位の保持		1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
	座位での乗り移り		1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
	立位の保持		1.自分でやっている	2.自分で行っていない	
(3)排泄の状況	尿失禁		1.あり	2.なし	3.対象外
	便失禁		1.あり	2.なし	3.対象外
	バルーンカテーテルの使用		1.あり	2.なし	
(4)食事の状況	食事の回数		()回		
	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食・小食・その他 () 2.問題なし		
(5)視力の状況		1.問題あり	2.問題なし		

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

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

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

--

問4. Barthel Index による評価

記載日時点における状況

※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。

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

問5. FIM (Functional Independence Measure) による評価
 記載日時点における状況 ※該当する点数を右側の行に記入してください。
 ※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1) 運動項目	セルフケア	食事	() 点
		整容	() 点
		清拭(入浴)	() 点
		更衣(上半身)	() 点
		更衣(下半身)	() 点
		トイレ	() 点
	排泄コントロール	排尿管理	() 点
		排便管理	() 点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	() 点
		トイレ	() 点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	() 点 □浴槽 □シャワー
移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行=() 点 車椅子=() 点 □歩行 □車椅子	
	階段	() 点	
(2) 認知項目	コミュニケーション	理解	() 点 □聴覚 □視覚
		表出	() 点 □音声 □非音声
	社会的認識	社会的交流	() 点
		問題解決	() 点
		記憶	() 点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典) 千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【居宅介護支援・事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、**平成30年10月3日(水)現在の状況**についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ **平成30年11月30日(金)まで**にご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-380-641(平日10:00~17:00)
 ◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. 基本情報

(1)開設年	()年()月
--------	------------------------

問2. 貴法人が提供しているサービスおよび貴事業所に併設されているサービス

※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴事業所に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。

※ここで「併設サービス」とは、貴事業所と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)	■居宅サービス	(1)	(2)	■施設サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 訪問入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 介護医療院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 通所介護			■医療サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. 病院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 短期入所生活介護、療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. 診療所(在宅療養支援診療所)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. 診療所(在宅療養支援診療所以外)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 福祉用具貸与、販売			■その他
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. 有料老人ホーム
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウスA、B)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. 認知症対応型共同生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. 地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. 特になし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. 地域密着型老人福祉施設利用者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 看護小規模多機能型居宅介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. 地域密着型通所介護			

問3. 職員体制 平成30年10月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
 ※該当者がいない場合は0を記入してください。

	(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数	()人	()人
①介護支援専門員数 (介護支援専門員業務を実施している管理者も含む)	()人	()人
②うち、主任介護支援専門員数	()人	()人
③その他の職員数	()人	()人
(2)派遣職員の人数	()人	

問4. 「利用開始時」における利用者の心身状態等に関する記録・評価の状況
 ※貴事業所における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式 (1つだけに○)	1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS-HC方式 4. ICFステージング(R4) 5. その他 ()	
(2) 基本情報の記録状況		
①身長	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	収集先(複数回答可)	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要) 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
②体重	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	収集先(複数回答可)	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要) 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()

③既往歴	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
④栄養状態	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
⑤過去3ヶ月の 入院の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
⑥過去3ヶ月の 骨折の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()

	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
⑦過去3ヶ月の 転倒の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
⑧誤嚥性肺炎の 既往の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()

⑨褥瘡の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 ()
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
2. 日常生活動作(ADL)の評価についてお伺いします。		
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)		1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他 () 5. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)		1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要)		
(3) 項目の評価状況		1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 ()
(4) 収集先 (複数回答可)		1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
3. 手段的日常生活動作(IADL)の評価についてお伺いします。		
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)		1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他 () 4. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)		1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「4. 評価していない」を選択した場合は回答不要)		
(3) 項目の評価状況		1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 ()

(4) 収集先 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini-Mental State Examination) 4. MOCA-j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC-21(The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items) 7. その他 () 8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 ()
(4) 収集先 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
(1) 必要栄養量の計算	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者について計算している 2. 一部の利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 一部の利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 ()
(2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 () 8. 評価していない
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(2)で選択した項目についてお伺いします。(上記(2)で「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(4) 項目の評価状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 ()

(5) 収集先 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
(1) 歯の状況の把握	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者について把握している 2. 一部の利用者について把握している 3. 把握していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての利用者について把握している」「2. 一部の利用者について把握している」を選択した場合、評価項目 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況(義歯の有無など) 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 ()
上記で「1. 全ての利用者について把握している」「2. 一部の利用者について把握している」を選択した場合、評価を行った者(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
(2) 嚥下機能の評価	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1. 全ての利用者について評価している」「2. 一部の利用者について評価している」を選択した場合、評価方法 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 ()
上記で「1. 全ての利用者について評価している」「2. 一部の利用者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感(5段階評価)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3) 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコキネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 () 6. 評価していない
(4) 上記(3)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(3)で選択した項目についてお伺いします。(上記(3)で「6. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(5) 項目の評価状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 ()

(6) 収集先 (複数回答可)	1. 介護支援専門員自身 2. 医師 3. 歯科医師 4. 薬剤師 5. 地域包括支援センターの職員 6. 市町村の職員 7. 介護サービス事業所の職員 8. 家族 9. その他 ()
7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけ○)	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査(SLTA) 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度(GDI) 5. WHOによるQOL尺度(WHOQOL) 6. SF-36・SF-12・SF-8 7. Vitality Index 8. その他 () 9. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 ()
(4) 収集先 (複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 ()
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
(1) 介護負担の評価	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. 評価していない 4. その他 ()
上記で「1.全ての利用者について評価している」「2.一部の利用者について評価している」を選択した場合、評価の方法(複数回答可)	16. Zarit介護負担尺度を用いての評価 17. BIC-11(多次元介護負担感尺度)を用いての評価 18. その他の尺度を用いての評価 () 19. 尺度は用いないでの評価 20. そ の 他 ()
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容(複数回答可)	13. 精神的負担感(介護によるストレス等) 14. 身体的負担感(肉体的な介護疲れ、睡眠障害等) 15. 環境要因による負担感(介護者の住まいが遠方、経済的負担等) 16. そ の 他 ()

問5. 「利用期間中」における利用者の心身状態等に関する記録の状況

※貴事業所における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 基本情報の記録状況

①身長	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
②体重	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
③既往歴	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
④栄養状態	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑤入院の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑥骨折の発生の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()

	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑦転倒の発生の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑧誤嚥性肺炎の発生の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑨褥瘡の発生の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
2. 日常生活動作(ADL)の記録についてお伺いします。		
(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問4.2.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
3. 手段的日常生活(IADL)の記録についてお伺いします。		
(1) 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問4.3.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。		
(1) 認知機能の記録の収集状況 ※問4.4.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
5. 栄養状態の記録についてお伺いします。		
(1) 必要栄養量	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 栄養状態のアセスメント ※問4.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
6. 口腔機能の記録についてお伺いします。		
(1) 歯の状況の把握	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
(2) 嚥下機能の記録	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

(3) 口腔機能の アセスメント ※問4.6.(3)で選択した 項目について回答してくだ さい。	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
	上記で「1. 全ての利用者 について定期的に記録し ている」「2. 一部の利用者 について定期的に記録し ている」を選択した場合、 記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。

(1) うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問4.7.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 ()
(2) 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録し ている」「2. 一部の利用者について定期的に記録 している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

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

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

問7. 利用終了時における利用者に関する記録の状況

(1) 転帰(死亡・入院・施設入所・その他等)の 記録の有無	1. 記録している 2. 記録していない
-----------------------------------	-------------------------

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【居宅介護支援・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- ・ 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- ・ この調査票は、当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方がご記入下さい。
- ・ 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、記入要領のP.2をご参照ください。
- ・ 問1～5共通として特に指定の無い限り、記載日時点における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 平成30年11月30日(金)までにご回答下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
 電話 : 0120-380-641(平日10:00~17:00)
 ◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
 FAX: 03-6826-5060(24時間受付)
 E-mail: kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

問1. アセスメント実施者の情報

(1)基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください。	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護師 5.准看護師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.歯科衛生士 10.栄養士 11.管理栄養士 12.介護支援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゆう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してください () 23.資格なし
(2)資格ありの場合、経験年数	()年	
(3)主任介護支援専門員資格の有無	1.あり	2.なし
(4)上記(3)で「1.あり」を選択した場合、取得後の経験年数	()年	
(5)Barthel Index による評価(問4の評価項目)を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない
(6)FIM(Functional Independence Measure)による評価(問5の評価項目)を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない

問2. 利用者の基本情報 記載日時点における状況				
※記載日を記入してください。	平成()年()月()日			
(1)性別	1.男性		2.女性	
(2)年齢	()歳			
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要介護2 6.申請中	3.要介護3	4.要介護4
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2.Ⅰ 7.Ⅳ	3.Ⅱa 8.M	4.Ⅱb 9.不明 5.Ⅲa
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2 5.A2 10.不明
(6)貴事業所の利用開始年月	平成()年()月			
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成()年()月			

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

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

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

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

--

問4. Barthel Index による評価

記載日時点における状況

※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。

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

問5. FIM (Functional Independence Measure) による評価
 記載日時点における状況 ※該当する点数を右側の行に記入してください。
 ※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1) 運動項目	セルフケア	食事	() 点
		整容	() 点
		清拭(入浴)	() 点
		更衣(上半身)	() 点
		更衣(下半身)	() 点
		トイレ	() 点
	排泄コントロール	排尿管理	() 点
		排便管理	() 点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	() 点
		トイレ	() 点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	() 点 □浴槽 □シャワー
移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行=() 点 車椅子=() 点 □歩行 □車椅子	
	階段	() 点	
(2) 認知項目	コミュニケーション	理解	() 点 □聴覚 □視覚
		表出	() 点 □音声 □非音声
	社会的認識	社会的交流	() 点
		問題解決	() 点
		記憶	() 点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典) 千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■