

# 調査実施マニュアル

平成11年度厚生科学研究費補助金（長寿科学研究）  
介護支援専門員の介護サービス計画立案を支援する  
インタラクティブ（双方向）・コンピュータシステムの開発に関する研究  
調査実施マニュアル

- ・ 本調査は、介護サービス計画（ケアプラン）作成に際して使用される課題分析（アセスメント）項目の比較検討を目的とするものです。調査者の皆様には、1人の調査対象高齢者について複数の方式で課題分析（アセスメント）を行っていただき、1人の調査対象高齢者に理想的、現実的の2つの介護サービス計画（ケアプラン）を作成していただきます。
- ・ 調査は、本マニュアルを熟読し、下記の要領に従って実施して下さい。
- ・ 不明点、疑問点等がある場合は、ファックス又はメールでお問い合わせ下さい。お問い合わせ先は、国立医療・病院管理研究所 西村秋生、田中裕美子（TEL 03-32 03-0982, FAX 03-3202-6853, e-mail nishimur@nih.go.jp）です。
- ・ 調査依頼時にご返送いただいたリストに基づいて、調査代表者宛に一括して、下記の書類等をお送りいたします。
- ・ 調査結果は、各自同封の封筒に入れ、封印をして調査代表者にお渡し下さい。調査代表者は、お手数ですが、それらを一括してご返送下さい。

最初に送付用封筒（又は箱）に入っているものをご確認下さい。  
送付用封筒（又は箱）には、下記のものが入っております。足りない場合は御連絡下さい。

- 1 調査者別送付用封筒（中に課題分析票、サービス計画表、アンケート票が入っています。ご確認下さい）
- 2 調査実施参考用書籍6冊
  - \* 書籍は、厚生省科学研究費の規定により、主任研究者北島英治が保管し、各施設へ貸し出す形式となります。そのため、各書籍には長寿科学研究の備品である旨を記載しておりますが、実際には各施設へ贈呈したものとご考慮いただいで結構です。
  - \* 7方式のうち、最新版社会福祉士会方式の書籍の出版が遅れています。遅くとも12月10日までには、お送りできることと存じます。それまでに実施上の不明点がございましたら、事務局に御連絡下さい。
- 3 調査者別返信用封筒
- 4 全員分返信用封筒
- 5 返信用着払い伝票

注) 今回ご協力いただける調査者が変更になった場合、調査対象高齢者数に変更がなければそのまま封筒をお使い下さい。ただし、謝金の関係がございますので、事務局にご一報下さい。

## 1 調査者の選定

- (1) 機関・施設内で調査にご協力をいただける調査者を選定して下さい。
- (2) 調査者の職種、勤務年数、課題分析（アセスメント）実施経験の有無は問いません。
- (3) 調査者として、できるだけ1機関・施設で3名以上ご選定下さい。ただし、やむをえない場合は、この限りではありません。
- (4) なお、調査依頼文に同封した調査者リストでご氏名等を伺っておりますが、謝金・不明点のご確認のためです。

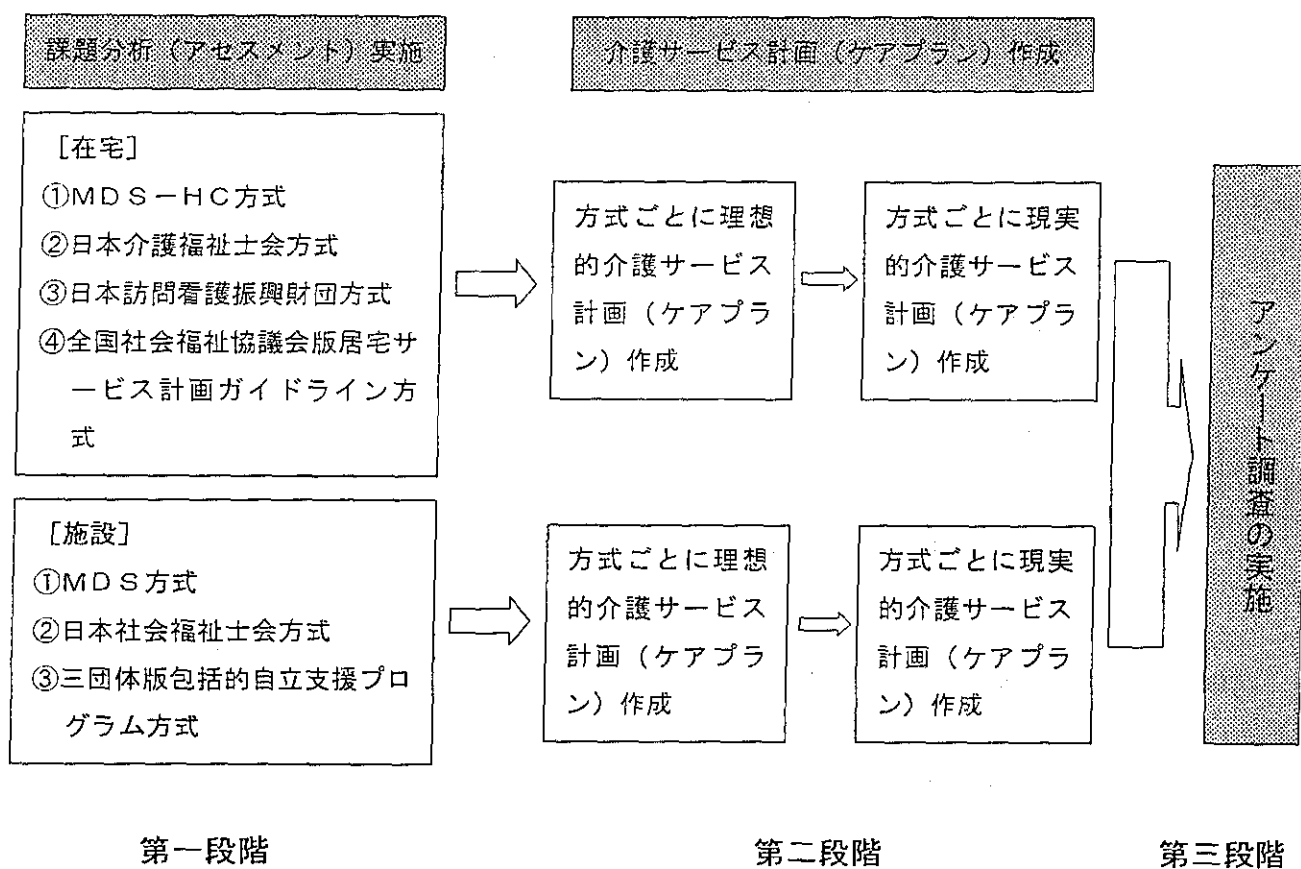
## 2 調査対象高齢者の選定

- (1) 『課題分析（アセスメント）』、『介護サービス計画（ケアプラン）』を実施していただく調査対象高齢者は、1調査者あたり2人以上として下さい。ただし、やむをえない場合は、この限りではありません。
- (2) 調査対象高齢者はできる限り、調査者間で同じ高齢者を対象とするようにして下さい。つまり、1機関で3人の調査者にご協力いただける場合は、3人の調査者が2人の調査対象高齢者に対して、課題分析（アセスメント）と介護サービス計画（ケアプラン）作成を実施していただくこととなります。詳細は、「4 課題分析（アセスメント）の実施について」、「5 介護サービス計画（ケアプラン）について」の例示をご参照下さい。
- (3) 状態別、問題別等による調査対象高齢者の選定は必要ありません。各機関・施設で任意にご選定下さい。
- (4) 調査の性質上、調査実施期間に状態の急変が予測されるようなケースはできるだけ避けて、状態が安定している高齢者を調査対象として下さい。
- (5) 調査中に調査対象高齢者の様態の急変等が起こった場合は、できるだけ他の調査対象高齢者を再選定して下さい。

## 3 調査の実施

- (1) 調査は平成11年11月中旬から12月の1ヶ月半の間に実施して下さい。
- (2) 調査に使用する課題分析（アセスメント）票、介護サービス計画（ケアプラン）票はこちらから送付するものをご使用下さい。
- (3) 調査者ごとに封筒に入れた課題分析（アセスメント）票、介護サービス計画（ケアプラン）票等を調査代表者に一括してお送りいたします。お受け取り後、調査者のお名前の入った封筒を開いて、課題分析（アセスメント）票、介護サービス計画（ケアプラン）票等をご確認下さい。

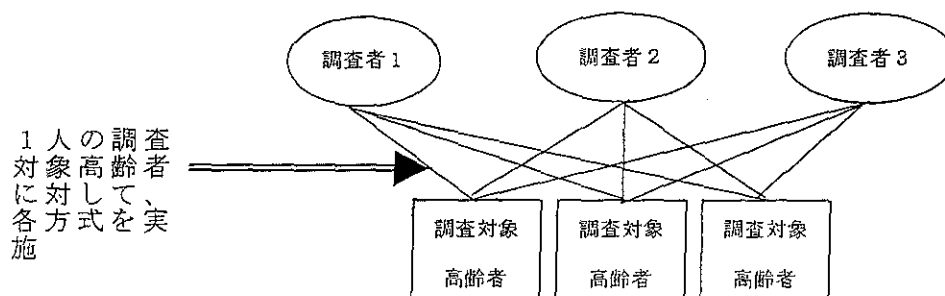
(4) 調査の実施は、下記の手順で行います。



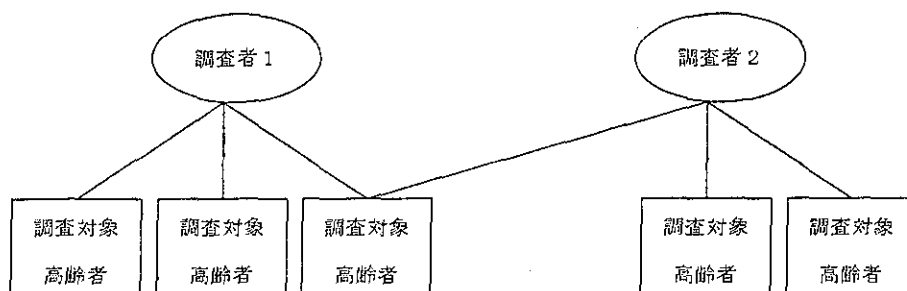
#### 4 課題分析（アセスメント）の実施について

第一段階における課題分析（アセスメント）は、以下の方法で実施して下さい。

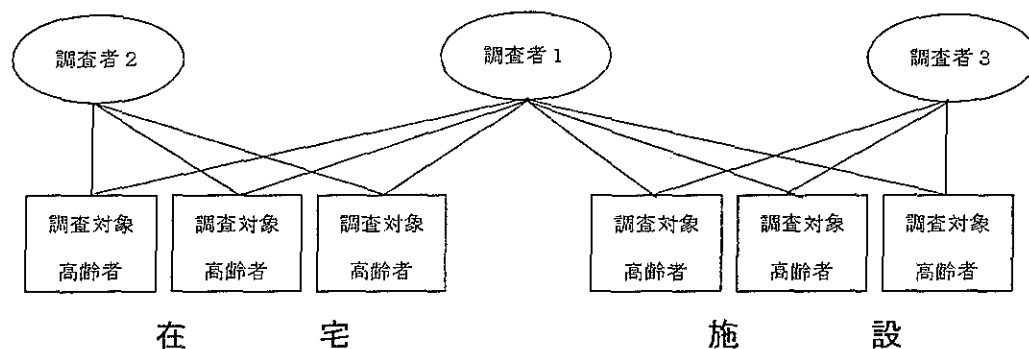
- (1) 在宅の高齢者の場合は、①MDS-HC方式、②日本介護福祉士会方式、③日本訪問看護振興財団方式、④全国社会福祉協議会版居宅サービス計画ガイドライン方式の4方式の課題分析（アセスメント）を実施していただきます。
- (2) 施設の高齢者の場合は、①MDS方式、②日本社会福祉士会方式、③三団体版包括的自立支援プログラム方式の3方式の課題分析（アセスメント）を実施していただきます。
- (3) 課題分析（アセスメント）は、調査者全員が同じ高齢者を調査対象とすることを原則として下さい。



- (4) 調査対象高齢者の状態等により、やむをえない場合は調査対象高齢者が重複しなくてもかまいません。ただしできるだけ、1人の調査者あたり2人以上の調査対象高齢者の人数を確保して下さい。例えば、下図のような場合でもかまいません。



- (5) 1人の調査者が在宅と施設の両方の調査を実施していただいてもかまいません。

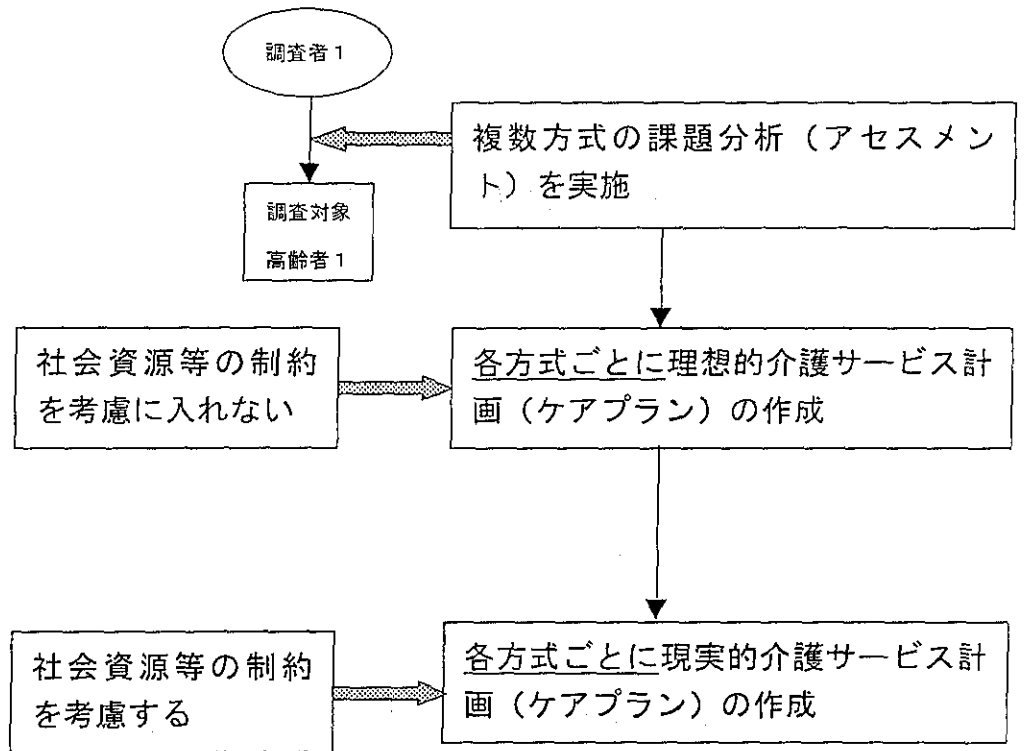


- (6) 不明点等の確認のため、各課題分析（アセスメント）の調査者氏名と調査対象者氏名は原則として記入して下さい。ただし、集計時には秘密保持を厳守します。
- (7) 調査対象高齢者の氏名を記入できない場合には、イニシャル等の記号でもかまいません。同一機関・施設の調査者間で、調査対象高齢者が同じ場合は記号等の付け方を統一して下さい。また、調査対象高齢者の個人的情報で公開することができないような場合には、記号で表示していただいてもかまいません。
- (8) 今回の調査の課題分析（アセスメント）は、各方式のすべての用紙を使用しません。例えば、MDS方式・MDS-HC方式の「領域選定表」、日本訪問看護財団方式の「問題・ニーズ領域選定表」、日本社会福祉士会方式の「アセスメント要約表」、三団体版包括的自立支援プログラム方式の「サービス利用計画表」は、今回の調査では含まれていません。ただし、普段使用していらっしゃる上記の各種表を使用しないと課題等が選定しにくいという方は、使用していただいてもかまいません。

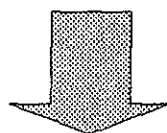
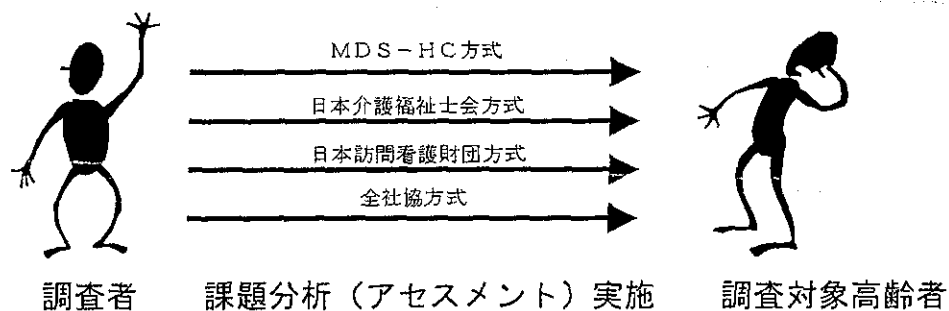
## 5 介護サービス計画（ケアプラン）の作成について

介護サービス計画（ケアプラン）は下記の方法で作成して下さい。今回の介護サービス計画（ケアプラン）は、こちらで用意した用紙を使用して下さい。

- (1) 課題分析（アセスメント）に基づいて、[理想的介護サービス計画（ケアプラン）]と[現実的介護サービス計画（ケアプラン）]を作成して下さい。

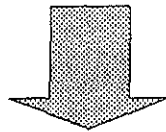


### 在宅の場合の例



課題分析（アセスメント）票に基づいて  
社会資源の制約を考慮しない

- \* MDS-HC方式に基づいた理想的介護サービス計画作成
- \* 日本介護福祉士会方式に基づいた理想的介護サービス計画作成
- \* 日本訪問看護振興財団方式に基づいた理想的介護サービス計画作成
- \* 全社協版居宅サービス計画ガイドライン方式に基づいた理想的介護サービス計画作成



課題分析（アセスメント）票に基づいて  
社会資源の制約を考慮した

- \* MDS－HC方式に基づいた現実的介護サービス計画作成
- \* 日本介護福祉士会方式に基づいた現実的介護サービス計画作成
- \* 日本訪問看護振興財団方式に基づいた現実的介護サービス計画作成
- \* 全社協版居宅サービス計画ガイドライン方式に基づいた現実的介護サービス計画作成

\* 施設の調査対象高齢者への調査を実施していただいた場合は、課題分析（アセスメント）票が、MDS方式、日本社会福祉士会方式、三団体版包括的自立支援プログラム方式となり、それぞれに理想的介護サービス計画、現実的介護サービス計画をご作成下さい。

(2) [理想的介護サービス計画（ケアプラン）]とは、社会資源等の制約を考慮しないで、1人の高齢者に対して公的な全てのサービスが十分に供給できると仮定した場合の介護サービス計画（ケアプラン）です。この場合には、家族やボランティアで補完するのではなく、すべて公的サービスでケアを提供するとお考え下さい。

(3) [現実的介護サービス計画（ケアプラン）]とは、現実の社会資源等の考慮し、各地域・施設の現在のサービス供給体制における介護サービス計画（ケアプラン）です。ただし、この場合の社会資源等とは、調査実施時点における利用可能な公的サービスを意味します。例えば、家族やボランティア等の非公的サービスは含みません。民間企業等によるサービスは、実際に地域内で利用されている場合には社会資源に含みます。

(4) 介護サービス計画（ケアプラン）は、調査者が実施した全ての課題分析（アセスメント）票ごとに作成して下さい。つまり、1つの課題分析（アセスメント）票に1つの[理想的介護サービス計画（ケアプラン）]、[現実的介護サービス計画（ケアプラン）]をご作成いただくこととなります。

(5) [理想的介護サービス計画][現実的介護サービス計画]が各課題分析（アセスメント）票ごとに異ならず、同じになったとしてもかまいません。その場合は、同じ介護サービス計画を課題分析（アセスメント）票ごとにご提出下さい。

(5) 介護サービス計画（ケアプラン）は、厚生省の平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業調査における介護サービス計画書を使用します。

① 「介護サービス計画書（1）①」

- a) 「要介護状態区分」は、調査時点でわかっている場合はご記入下さい。
- b) 「要介護者等及び家族の介護に対する意向」は、できる限り聞き取り、記入して下さい。
- c) 「総合的な援助の方針」は、調査者が考える援助の方針を記入して下さい。

② 「介護サービス計画書（1）②」

- a) ここに記入するのは、課題分析（アセスメント）に基づき、「課題（ニーズ）」を記入し、「課題（ニーズ）」を充足するための「長期目標・短期目

- 標」を立て、目標達成をする「介護内容」を記入し、それに必要な「サービス種別」名と「頻度」、「期間」です。
- b) 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、課題分析（アセスメント）から判断した課題（ニーズ）をご記入下さい。
- b) 「援助目標」は、調査者の考える援助目標をご記入下さい。「短期」とは、3ヶ月以内、「長期」とはそれ以上の期間とします。高齢者の状態により期間を設定して下さい。なお、「長期目標」は、介護サービス計画書（1）①の「総合的な援助の方針」と同じと捉えてもかまいません。
- c) 「介護内容」には、提供するケアの内容、提供場所、留意事項などを簡潔に記入して下さい。
- d) 「サービス種別」には、施設の場合はサービスを行う職種、在宅の場合はサービス種別を記入して下さい。在宅の場合は、「介護サービス計画書（1）③」の右側の枠内のサービス種別名で記入して下さい。
- e) 「頻度」は、「介護内容」で規定したサービスをどのような頻度で行うのかを記入して下さい。例えば、毎日、1ヶ月に1回、週に3回（月、水、土）のように記入して下さい。
- f) 「期間」は、具体的な期間を設定して下さい。「〇月〇日までに」というように具体的な日にちを設定して記入して下さい。
- ③ 「介護サービス計画書（1）③」（在宅の高齢者のみ、施設入所は記入しなくてもよい）
- a) 「サービス種別」は、右側にある枠内のサービス名で記入して下さい。
- b) 「サービス実施機関」は、「理想的介護サービス計画（ケアプラン）」では、記入しなくても結構ですが、「現実的介護サービス計画（ケアプラン）」では、具体的な機関名を記入して下さい。
- c) 「担当者」欄は、職種のみご記入下さい。
- d) 「頻度の詳細」は、提供するサービスの種別ごとに1月あたりの提供する回数と時間の総計を記入して下さい。
- ④ 「介護サービス計画書（2）」（施設の高齢者のみ、在宅の場合は、記入しなくても結構です）
- a) 「時間割」には、「理想的介護サービス計画（ケアプラン）」「現実的介護サービス計画（ケアプラン）」ともに、提供するサービスの種別、曜日、提供時間を仮に設定して記入して下さい。
- b) 「週単位以外のサービス」には、退所・退院相談、他科受診など毎週実施しないものを記入して下さい。



- (6) 今回の調査でご作成いただく居宅介護サービス計画（ケアプラン）のサービスの内容は、以下の通りです。サービス種別を記入する場合は、これらの用語でご作成下さい。

- ① 訪問介護
  - イ) 身体介護中心訪問介護
  - ロ) 家事援助中心訪問介護
- ② 訪問看護
  - イ) 指定訪問看護ステーションによる訪問看護
  - ロ) 病院または診療所による訪問看護
- ③ 療養管理指導
  - イ) 医師、歯科医師による居宅療養管理指導（1月1回）
  - ロ) 薬剤師による居宅療養管理指導（1月2回）
  - ハ) 管理栄養士による居宅療養管理指導（1月2回）
  - ニ) 歯科衛生士等による居宅療養管理指導（1月4回）
- ④ 日帰り介護（デイサービス）
- ⑤ 日帰りリハビリテーション（デイケア）
- ⑥ 訪問リハビリテーション
- ⑦ 訪問入浴
- ⑧ 短期入所生活介護（老人短期入所施設・特別養護老人ホーム）
- ⑨ 短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護療養型医療施設等）
- ⑩ 痴呆対応型共同生活介護
- ⑪ 特定施設入所者生活介護
- ⑫ 福祉用具貸与（車いす、特殊寝台、褥そう予防用具、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助杖、移動用リフト、等）
- ⑬ 住宅改修（手すりの取り付け、床段差の解消、滑りの防止、引き戸等への扉の取り替え、等）

- (7) 施設サービス計画（ケアプラン）作成の場合のサービス種別は、本調査では限定しません。各施設で実際に提供しているサービスを具体的に記入して下さい。

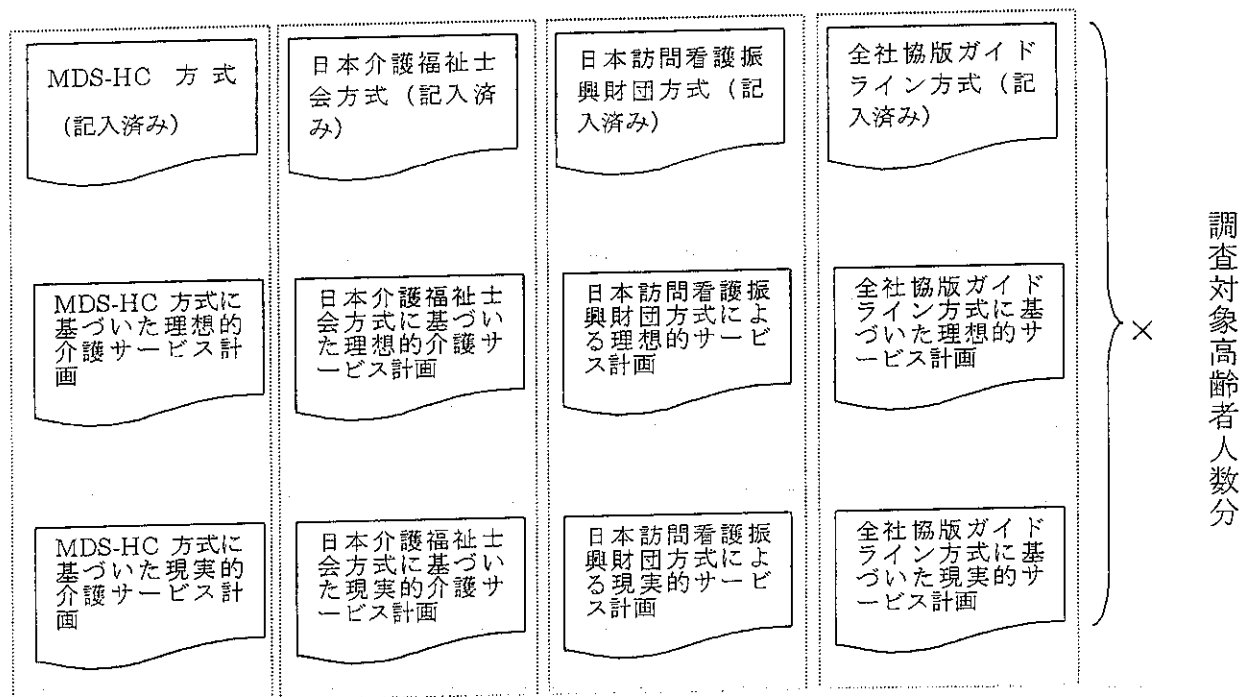
## 6 アンケートの実施

- (1) 各方式による課題分析（アセスメント）・介護サービス計画（ケアプラン）調査を終了した後、同封のアンケートをご記入下さい。
- (2) アンケートは、課題分析（アセスメント）、介護サービス計画（ケアプラン）の実施時において、その使用状況等を調査するものです。
- (3) アンケート回答時には、実施した課題分析（アセスメント）票で確認してご回答いただかなければならない項目があります。必ず課題分析（アセスメント）票でご確認いただきながら、ご回答下さい。

## 7 調査結果の返送

- (1) 課題分析（アセスメント）票、介護サービス計画（ケアプラン）票、アンケート等の調査結果は、同封の着払い宅配便伝票を使用して、調査代表者が一括してご返送下さい。その際、各調査者の結果をそれぞれ同封の封筒に個別に梱包してご返送下さい。
- (2) 調査結果の最終返送締め切り日は、12月25日（土）とさせていただきます。
- (3) 最終的にご返送いただくのは、1人の調査者ごとに以下ようになります。

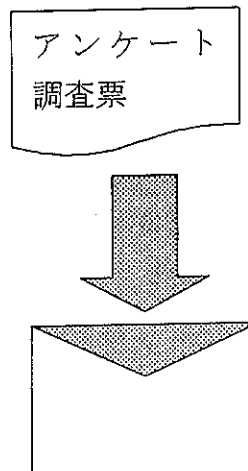
例 在宅の調査対象高齢者の調査を実施していただいた場合



\* 点線ごとにクリップ、輪ゴム等でまとめて下さい。

+

\* アンケート調査（記入済みのもの）



同封の調査者別返信用封筒へ  
(封筒に記名はしていません)

施設の調査対象高齢者への調査を実施していただいた場合は、課題分析（アセスメント）票が、MDS方式、日本社会福祉士会方式、三団体版包括的自立支援プログラム方式となり、それぞれに理想的介護サービス計画、現実的介護サービス計画をご作成いただき、アンケート調査票とともに封筒に入れて下さい。

## 8 その他

些少ではございますが、謝金をご用意させていただいております。調査結果返送後に、できる限り早い時期に調査にご協力いただいた個人宛にお送りいたします。その際にご捺印のある領収書をご返送いただくこととなりますので、よろしくお願い申し上げます。

# アンケート調査票

# 介護支援専門員の介護サービス計画立案を支援するインタラクティブ（双方向）

## コンピュータシステムの開発に関する研究 アンケート調査票

（平成11年度 厚生科学研究費長寿科学研究）

本調査票は、介護支援専門員の資質向上のための基礎資料を得ることを目的として実施いたします。公務ご多用のところ恐縮とは存じますが、何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。  
本調査についてのお問い合わせ等は、国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部 西村秋生又は田中裕美子  
（TEL 03-3203-0982 FAX 03-3202-6853）まで御連絡下さい。

課題分析（アセスメント）・介護サービス計画調査を実施した後に、以下の項目についてお答え下さい。

1 次の事柄についてお尋ねします。それぞれについて、現在、あなた自身にあてはまるものいずれかに○印を1つご記入下さい。

（1）あなたの性別をお答え下さい。

- 1 男 2 女

（2）あなたの資格はどれに該当しますか（複数回答可）。

- 1 看護婦（士） 2 保健婦（士） 3 准看護婦（士） 4 社会福祉士  
5 介護福祉士 6 ホームヘルパー 7 理学療法士 8 作業療法士  
9 社会福祉主事任用資格 10 その他（具体的に： )

（3）あなたは現在のどの職種で主に従事していますか。現在の主な業務の職種を1つ選んで記入して下さい。

- 1 介護支援専門員等のケアマネジャー 2 看護婦（士） 3 保健婦（士） 4 准看護婦（士）  
5 生活指導員等ソーシャルワーカー 6 ホームヘルパー 7 ナースエイド等ケアワーカー  
8 理学療法士 9 作業療法士  
10 その他（具体的に： )

（4）現在の主な職種として勤務してからの期間を1つ選んでご記入下さい。（例えば看護婦資格を有しているがソーシャルワーカーとして従事している場合は、ソーシャルワーカーとしての従事期間をご記入下さい）。

- 1 1年未満 2 1年～3年未満 3 3年～5年未満 4 5年～10年未満  
5 10年以上

（5）あなたの年齢はおいくつですか。

- 1 20歳未満 2 20歳～29歳 3 30歳～39歳 4 40歳～49歳  
5 50歳～59歳 6 60歳～69歳 7 70歳以上

（6）あなたの教育歴について1つ選んでご記入下さい。

- 1 高等学校卒業 2 短期大学卒業 3 各種専門学校卒業  
4 大学卒業 5 大学院修了 7 大学卒業後国家資格養成施設卒業  
8 その他（具体的に： )

（7）あなたの現在勤務する施設種別をご記入下さい。

- 1 特別養護老人ホーム 2 療養型病床群・介護力強化病棟等の医療施設  
3 老人保健施設 4 在宅介護支援センター 5 訪問看護ステーション  
6 ホームヘルプサービスセンター 7 デイサービスセンター  
8 その他（具体的に： )

2 課題分析（アセスメント）票についてお尋ねします。

- (1) あなたが今回調査に使用した課題分析（アセスメント）票と普段の業務で主に使用している課題分析（アセスメント）票に○印をご記入下さい。（複数回答可）

課題分析（アセスメント）名	今回調査で使用したものに○印をご記入下さい。	普段の業務で主に使用しているものに○印をご記入下さい。
MDS－HC方式		
日本介護福祉士会方式		
（財）日本訪問看護振興財団方式		
全社協版居宅サービス計画ガイドライン		
MDS方式		
三団体版包括的自立支援プログラム方式		
日本社会福祉士会方式		

- (2) 貴施設・機関で上記以外の課題分析（アセスメント）票をご使用の場合は、その方式をご記入下さい。また、貴施設・機関、または地域で独自で課題分析（アセスメント）票を作成していらっしゃる場合もその旨をご記入下さい。

3 課題分析（アセスメント）についてお尋ねします。

- (1) 今回の調査の課題分析（アセスメント）の所要時間を概算で結構ですので、ご記入下さい（今回使用しなかったものについては、空欄で結構です。介護サービス計画作成時間は含めないで下さい）。

課題分析（アセスメント）名	所要時間	
	時間	分
MDS－HC方式		
日本介護福祉士会方式		
（財）日本訪問看護振興財団方式		
全社協版居宅サービス計画ガイドライン		
MDS方式		
三団体版包括的自立支援プログラム方式		
日本社会福祉士会方式		

- (2) 介護サービス計画を作成する上で、各方式の課題分析（アセスメント）項目数について、あてはまるものいづれか1つに○印をご記入下さい。（今回使用しなかったもの票については、空欄で結構です）

課題分析（アセスメント）名	課題分析（アセスメント）項目数が				
	1 非常に多い	2 やや多い	3 適切な量である	4 やや足りない	5 非常に足りない
MDS－HC方式	1	2	3	4	5
日本介護福祉士会方式	1	2	3	4	5
（財）日本訪問看護振興財団方式	1	2	3	4	5
全社協版居宅サービス計画ガイドライン方式	1	2	3	4	5
MDS方式	1	2	3	4	5
三団体版包括的自立支援プログラム方式	1	2	3	4	5
日本社会福祉士会方式	1	2	3	4	5

(3) 各方式の課題分析（アセスメント）項目、課題分析（アセスメント）方法について、お気づきになった点を記入して下さい。普段使用していらっしゃらない課題分析（アセスメント）方式、今回使用しなかった課題分析（アセスメント）方式でも、過去に使用したことがあるか、研修等を受けて感じた感想でも結構です。使用したことがないものについては、空欄で結構です。

課題分析（アセスメント）名	
MDS－HC方式	
日本介護福祉士会方式	
(財) 日本訪問介護振興財団方式	
全社協版居宅サービス計画ガイドライン	
MDS方式	
三団体版包括的自立支援プログラム方式	
日本社会福祉士会方式	
上記以外の方式で、日常の業務に使用している方式（前頁2（2）でご回答いただいた方のみご記入下さい）	

4 介護サービス計画作成についてお尋ねします。

(1) 今回の調査で、施設版、居宅版どちらの介護サービス計画の作成をしていただきましたか。

- 1 施設介護サービス計画を作成    2 居宅介護サービス計画を作成    3 施設、居宅両方を作成

(2) 今回の調査において、課題分析（アセスメント）項目が、「A 今回の調査の介護サービス計画作成に影響を与えた項目」、「B 介護サービス計画作成に必要なと思う項目」（今回の調査では影響を与えなかった場合を含みます）にチェック（レ）して下さい。

- \* 今回の調査で、課題分析（アセスメント）票として使用しなかった方式は、空欄で結構です。
- \* この回答を行うときは、課題分析（アセスメント）票をご覧になりながら記入して下さい。
- \* 項目順番は、各課題分析票（アセスメント）票の上から下、左から右の順（項目内での同順）です項目は、各方式の項目名称を使用しているもの、今回仮に項目名称を使用したものがあります。
- \* 今回用いた課題分析（アセスメント）票のみにご回答下さい。居宅、施設の両方のサービス計画を実施していただいた場合は、お手数ですが、全項目についてご検討下さい。

A 今回の調査の介護サービス計画作成に影響を与えた項目にチェック（レ）をして下さい。 B 介護サービス計画作成に必要なと思う項目をチェック（レ）して下さい。 ※影響を与えなかった、必要だと思わない、どちらともいえない場合は記入しないで下さい。		A	B
M D S — H C 方式	受付情報／受付日時		
	受付情報／受付職員名		
	受付情報／受付場所		
	受付情報／対象者氏名		
	受付情報／性別		
	受付情報／生年月日（年齢）		
	受付情報／対象者の住所・電話		
	受付情報／相談者氏名		
	受付情報／相談者の住所・電話		
	受付情報／対象者と相談者の関係		
	受付情報／病歴・入院歴		
	相談内容と決定事項／相談内容の記述		
	相談内容と決定事項／本人・家族の希望		
	相談内容と決定事項／相談内容の分類		
	相談内容と決定事項／決定事項		
	相談内容と決定事項／他機関への紹介		
	相談内容と決定事項／本相談に対するコメント		
	基本情報／在宅での主治医氏名・電話番号・FAX番号		
	基本情報／介護保険、被保険者番号、保険者番号、資格取得年月日、有効期限		
	基本情報／健康保険、保険種類、被保険者（世帯主名）等		
	基本情報／公費負担医療		
	基本情報／身体障害者手帳		
	家族に関する情報／家族図		
	家族に関する情報／主たる連絡先の氏名		
	家族に関する情報／主たる連絡先の住所・電話番号		
	家族に関する情報／介護者の状況／家族・友人が介護に関わる頻度		
	家族に関する情報／介護者の状況／家族・友人が介護に費やすおおよその時間		
	家族に関する情報／介護者の状況／主介護者の健康状態		
	家族に関する情報／介護者の状況／主介護者の仕事の有無		
	現在の状態およびサービス内容／要介護認定（要介護・要支援区分）		
	現在の状態およびサービス内容／予定日		
	現在の状態およびサービス内容／認定日		
現在の状態およびサービス内容／現在受けているサービスの頻度			
現在の状態およびサービス内容／現在の負担額			



	<p>A 今回の調査の介護サービス計画作成に影響を与えた項目にチェック (レ) をして下さい。  B 介護サービス計画作成に必要なと思う項目をチェック (レ) して下さい。  ※影響を与えなかった、必要だと思わない、どちらともいえない場合は記入しないで下さい。</p>	A	B
M D S I H C 方式	現在の状態およびサービス内容/可能な負担額		
	現在の状態およびサービス内容/経済状況		
	現在の状態およびサービス内容/身長・体重		
	現在の状態およびサービス内容/本人の平均的な1日の過ごし方		
	住居環境/住居見取り図		
	基本情報(相談・受付時のみ)/対象者氏名		
	基本情報(相談・受付時のみ)/生年月日		
	基本情報(相談・受付時のみ)/最初の相談・受付年月日		
	基本情報(相談・受付時のみ)/配偶者の有無		
	基本情報(相談・受付時のみ)/教育歴(最終学歴)		
	基本情報(相談・受付時のみ)/相談・受付時の住居		
	基本情報(相談・受付時のみ)/相談・受付時の同居者		
	過基本情報(相談・受付時のみ)/過去の入院・入所歴		
	基本情報(相談・受付時のみ)/退院後の経過期間		
	基本情報(相談・受付時のみ)/転居歴		
	基本情報(相談・受付時のみ)/意思決定権/終末期に対する希望		
	アセスメント情報/アセスメント基準日		
	アセスメント情報/アセスメント理由		
	アセスメント情報/保険の種類		
	記憶/記憶を想起する能力		
	記憶/日常の意思決定を行うための認知能力		
	記憶/せん妄の兆候		
	記憶/聴覚		
	記憶/自分を理解させることができる(伝達能力)		
	記憶/他者を理解できる(理解力)		
	記憶/コミュニケーション能力の低下		
	視力/視力		
	視力/視覚の制限・障害		
	視力/視力低下		
	気分と行動/うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候		
	気分と行動/気分の低下		
	気分と行動/問題行動		
	気分と行動/問題行動の悪化		
	社会的機能/関与		
	社会的機能/社会活動の変化		
	社会的機能/孤立		
	インフォーマルな支援の状況/介護者について		
	インフォーマルな支援の状況/介護者の状況		
	IADLとADL/IADLの実施状況/食事の用意		
	IADLとADL/IADLの実施状況/家事一般		
	IADLとADL/IADLの実施状況/金銭管理		
	IADLとADL/IADLの実施状況/薬の管理		
	IADLとADL/IADLの実施状況/電話の利用		
	IADLとADL/IADLの実施状況/買い物		
	IADLとADL/IADLの実施状況/交通手段の利用		
IADLとADL/IADLの困難度/食事の用意			
IADLとADL/IADLの困難度/家事一般			
IADLとADL/IADLの困難度/金銭管理			

A 今回の調査の介護サービス計画作成に影響を与えた項目にチェック(レ)をして下さい。 B 介護サービス計画作成に必要なと思う項目をチェック(レ)して下さい。 ※影響を与えなかった、必要だと思わない、どちらともいえない場合は記入しないで下さい。		A	B
M D S   H C 方 式	IADLとADL/IADLの困難度/薬の管理		
	IADLとADL/IADLの困難度/電話の利用		
	IADLとADL/IADLの困難度/買物		
	IADLとADL/IADLの困難度/交通手段の利用		
	IADLとADL/ADL自立度/ベッド上の可動性		
	IADLとADL/ADL自立度/移乗		
	IADLとADL/ADL自立度/家の中の移動		
	IADLとADL/ADL自立度/屋外の移動		
	IADLとADL/ADL自立度/上半身の更衣		
	IADLとADL/ADL自立度/下半身の更衣		
	IADLとADL/ADL自立度/食事		
	IADLとADL/ADL自立度/トイレの使用		
	IADLとADL/ADL自立度/個人衛生		
	IADLとADL/ADL自立度/入浴(過去7日間)		
	IADLとADL/ADLの低下		
	IADLとADL/主な移動手段		
	IADLとADL/階段昇降		
	IADLとADL/健康活動		
	IADLとADL/身体機能の潜在能力		
	排泄/尿失禁		
	排泄/尿失禁用器材		
	排泄/便失禁		
	疾患/疾患		
	疾患/その他の疾患、あるいはより詳細な診断名とそのICD-10コード		
	健康状態および予防/予防		
	健康状態および予防/現症(過去3日間に2日以上存在)		
	健康状態および予防/現症(過去3日間の全症状)		
	健康状態および予防/痛み		
	健康状態および予防/転倒頻度		
	健康状態および予防/転倒の危険		
	健康状態および予防/生活習慣(飲酒と喫煙)		
	健康状態および予防/健康状態		
	健康状態および予防/その他の状況		
	栄養状態/体重		
	栄養状態/食事摂取		
	栄養状態/嚥下問題		
	歯および口腔状態/口腔状態		
	皮膚の状態/皮膚の問題		
	皮膚の状態/褥瘡・潰瘍		
	皮膚の状態/皮膚のその他の問題		
	皮膚の状態/褥瘡既往		
	皮膚の状態/創傷や潰瘍のケア		
	環境評価/居住環境		
	環境評価/同居の状況		

A 今回の調査の介護サービス計画作成に影響を与えた項目にチェック (レ) をして下さい。 B 介護サービス計画作成に必要なと思う項目をチェック (レ) して下さい。 ※影響を与えなかった、必要だと思わない、どちらともいえない場合は記入しないで下さい。		A	B
M D S I H C 方 式	治療方針の順守/特別な治療・ケア (過去7日間)		
	治療方針の順守/医療機器の取り扱い (過去3日間)		
	治療方針の順守/入院・緊急外来		
	治療方針の順守/達成されたケア目標の有無		
	治療方針の順守/ケアニーズの変化		
	治療方針の順守/家計の切りつめ		
	薬剤/薬剤の種類		
	薬剤/向精神薬の服用		
	薬剤/医学的管理		
	薬剤/薬剤のコンプライアンス		
	アセスメントへの参加/アセスメントをコーディネートした者		
	アセスメントへの参加/職種		
	アセスメントへの参加/アセスメント完了日		
	アセスメントへの参加/他の評価者の署名 (職種、記入年月日)		
	ケアプランの作成にあたって/対象者がサービスを受ける目的の明確化		

A 今回の調査の介護サービス計画作成に影響を与えた項目にチェック (レ) をして下さい。 B 介護サービス計画作成に必要なと思う項目をチェック (レ) して下さい。 ※影響を与えなかった、必要だと思わない、どちらともいえない場合は記入しないで下さい。		A	B
日 本 介 護 福 祉 士 会 方 式	氏名		
	性別		
	生年月日		
	住所		
	状況調査日		
	調査員		
	同居の家族		
	家族図		
	緊急連絡先		
	特別な医療		
	身体障害者手帳		
	ADL/歩行		
	ADL/動作		
	ADL/排泄 (大・小)		
	ADL/会話 (聞く・話す)		
	ADL/見る		
	ADL/食事		
	ADL/入浴		
	ADL/衣類の着脱行為		
	ADL/ぼけ等の生活障害		
	寝たきり度		
	痴呆の障害度		
	身長・体重・体型		
	生活の状況/炊事		
	生活の状況/洗濯		
	生活の状況/買物		
	生活の状況/掃除		

	A 今回の調査の介護サービス計画作成に影響を与えた項目にチェック（レ）をして下さい。 B 介護サービス計画作成に必要なと思う項目をチェック（レ）して下さい。 ※影響を与えなかった、必要だと思わない、どちらともいえない場合は記入しないで下さい。	A	B
生活の状況／整理整頓			
生活の状況／ごみ出し			
生活の状況／縫物補修			
生活の状況／通院			
生活の状況／服薬			
生活の状況／金銭			
生活の状況／郵便回覧			
生活の状況／電話			
住の状況			
住居環境			
介護者の状況(介護者有無・代替)			
必要な介護(全面介助・半介助・越えかけ見守り・要準備)			
近隣等の関係			
生計中心者・生計・収入			
経済状況等			
生活歴など			
主疾患／医療機関・主治医・症状・往診通院・投薬有無・服薬状況等			
その他の疾患や受診状況など／医療機関・主治医・症状・往診通院・投薬有無・服薬状況等			
援助経過／今までの働きかけ			
主訴や要望			
家族等の要望			
関係者の要望			
現在の週間スケジュール			
施設等利用申請の要望／申請			
サービス利用状況			
衣／汚れ・清潔(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
衣／洗濯(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
衣／整理(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
衣／着替えの用意(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
衣／購入(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
衣／着脱衣(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
衣／援助の継続、援助内容の調整、連携が必要な関係機関			
食事／食事の回数(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／内容(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／炊事(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／配膳・片付け(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／購入・調達(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／摂食・こぼし(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／制限食(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／保存(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
食事／援助の継続、援助内容の調整、連携が必要な関係機関			
住／日照などの環境(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
住／本人の場(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
住／寝具(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			
住／汚れ(本人の望み・困難度予想・解決すべき生活障害等)			

日本介護福祉士会方式