

氏名 _____

利用者ID _____

<キリリ線>

医師調査票

(知的)

施設ID _____

利用者ID _____

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

~~本意見書が介護サービス計画作成に利用されることにより同意する~~ ~~同意しない~~

医師氏名 _____

医療機関名 _____ 電話 () _____

医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無

(有の場合) → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) 精神・神経症状の有無

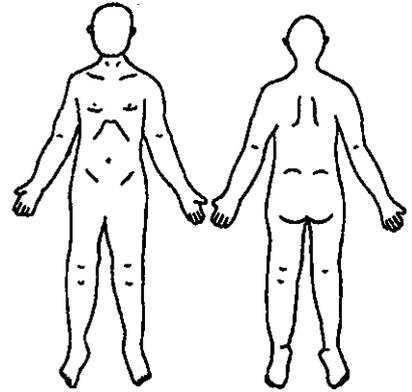
有 (症状名) 無

(有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 体重= kg 身長= cm

- 四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
- その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 関節の拘縮
 - ・肩関節 右 左
 - ・肘関節 右 左
 - ・股関節 右 左
 - ・膝関節 右 左
- 失調・不随意運動・上肢 右 左
- ・下肢 右 左
- ・体幹 右 左



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
 - 心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
- 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)

- 訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
- 訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
- 訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
- 通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項

- ・血圧について 特になし あり ()
- ・嚥下について 特になし あり ()
- ・摂食について 特になし あり ()
- ・移動について 特になし あり ()
- ・その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

追加項目についてもお答え下さるようお願い致します

追加項目

1. 以下の能力について当てはまるところにチェックをつけて下さい。

- ・他者を理解する能力 理解できる いくらか困難 具体的要求に限られる 理解できない
- ・目的にかなった行動を計画する能力 自立 いくらか困難 具体的要求に限られる 判断できない
- ・目的にかなった行動を実行する能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

2. 対象者の機能の状態を以下の GAF 尺度にしたがって評価して下さい。

点

注) GAF は対人関係や社会的役割遂行などの社会的機能水準を評価するもので、精神障害と知的障害を含む包括的診断分類である DSM-IV-TR(2002 年版)に採用されているものです。知的障害分野ではあまり用いられていないようですが、代表的な社会的機能水準評価ですので、この評価をお願いします。なお GAF 評価にあたっては、「心理的症状の重症度」と「機能レベル」のどちらか重い方をチェックします。したがって、知的障害の方で心理的症状は少ないが機能は著しく障害されている場合は、障害されている機能レベルに注目し、あてはまる GAF の機能レベルを評価してください。

GAF (機能の全体的評定) 尺度	
精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。	
コード（注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること）	
100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：一時的に学業で遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状（例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時に、パニック発作がある）、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の困難（例：友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
50-41	重大な症状（例：自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する）、または、社会的、職業的または学校の機能においてなんらかの深刻な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での重大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもを殴り、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない）。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。またはコミュニケーションか判断に重大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮）、または、時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、または、コミュニケーションに重大な欠陥（例：大部分滅裂か無言症）。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：暴力の繰り返し）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

3. 過去3日間にみられた以下のa～dの日常動作（ADL）について、対象者の自立度（※）を0～6、9から1つ選んでそれぞれお答えください。

ADL 自立度（※）		<p><参考></p> <pre> graph TD A[ボディタッチは必要か] -- 必要ない --> B[0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察] A -- 必要ある --> C[体重を支える必要はあるか] C -- 必要ない --> D[3. 部分的な援助] C -- 必要ある --> E[本動作の半分以上を自力でできているか] E -- できる --> F[4. 広範な援助] E -- できない --> G[少しでも本動作に参加しているか] G -- している --> H[5. 最大の援助] G -- していない --> I[6. 全面依存] </pre>	
0. 自立	: 手助け、準備、観察は不要。または1-2回のみ。		
1. 準備のみ	: ものや用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上。		
2. 観察	: 見守り、励まし、誘導が3回以上。		
3. 部分的な援助	: 動作の大部分(50%以上)は自分ができる。四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上。		
4. 広範な援助	: 動作の大部分(50%以上)は自分ができるが、体重支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上。		
5. 最大の援助	: 動作の一部(50%未満)しか自分できず、体重を支える援助を3回以上。		
6. 全面依存	: まる3日間すべての面で他者が全面援助した。		
9. 本動作は1回もなかった(能力にかかわらず)。			
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体的位置を調整する	0 1 2 3 4 5 6 9	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6 9	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0 1 2 3 4 5 6 9	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人口肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6 9	

4. 次のI ADL (手段的日常生活動作) 各項目について、対象者が自分一人で実施する場合、ア. 実施状況を0～4、イ. 困難度を0～2の中からそれぞれ選んでください。

ア. IADLの実施状況(過去7日間)	
0.	自立、自分で行った
1.	時に援助をしてもらって行われた
2.	いつも援助をもらって行われた
3.	他者が全部を行った
4.	本活動は1度も行われなかった

イ. IADLの困難度	
0.	自立、自分で行った
1.	いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)
2.	非常に困難(ほとんど、あるいは全く活動に参加できない)

	ア. 実施状況	イ. 困難度
a. 食事の用意 (献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	0 1 2 3 4	0 1 2
b. 家事一般 (食事の後片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯など)	0 1 2 3 4	0 1 2
c. 金銭管理 (請求書の支払い、貯金の管理、家計の収支勘定)	0 1 2 3 4	0 1 2
d. 薬の管理 (服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)	0 1 2 3 4	0 1 2
e. 電話の利用 (自分で電話をかけたり、受けた)	0 1 2 3 4	0 1 2
f. 買い物 (食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う)	0 1 2 3 4	0 1 2
g. 交通手段の利用 (バス・電車などの乗り物による移動)	0 1 2 3 4	0 1 2

氏名 _____

利用者ID _____

<キリリ線>

医師調査票

(精神)

施設ID _____

利用者ID _____

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

~~同意書が合議り、計画作成に利用されることにより同意する~~ ~~同意しない~~

医師氏名 _____

医療機関名 _____ 電話 () _____

医療機関所在地 _____ 郵便番号 () _____

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無

(有の場合) → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無

(有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 体重= kg 身長= cm

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

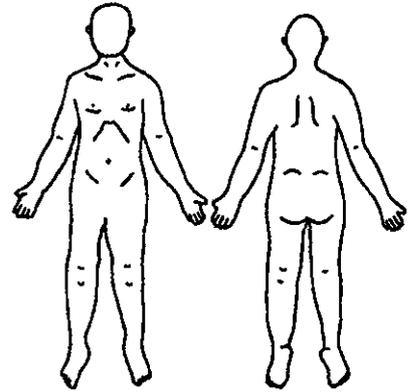
関節の拘縮 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左

・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左

失調・不随意運動・上肢 右 左 ・体幹 右 左

・下肢 右 左

凡例



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)

訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導

訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()

訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導

通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス(入浴サービス、訪問介護等)における医学的観点からの留意事項

・ 血圧について 特になし あり ()

・ 嚥下について 特になし あり ()

・ 摂食について 特になし あり ()

・ 移動について 特になし あり ()

・ その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

Empty box for additional notes.

追加項目についてもお答え下さるようお願い致します

3. 過去3日間にみられた以下のa～dの日常動作(ADL)について、対象者の自立度(※)を0～6、9から1つ選んでそれぞれお答えください。

ADL 自立度(※)		<参考>			
0. 自立	: 手助け、準備、観察は不要。または1-2回のみ。	ポディタッチは必要か	→ 必要ない →	0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察	
1. 準備のみ	: ものや用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上。	↓ 必要ある ↓			
2. 観察	: 見守り、励まし、誘導が3回以上。	体重を支える必要はあるか	→ 必要ない →	3. 部分的な援助	
3. 部分的な援助	: 動作の大部分(50%以上)は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上。	↓ 必要ある ↓			
4. 広範な援助	: 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上。	本動作の半分以上を自力でできているか	→ できる →	4. 広範な援助	
5. 最大の援助	: 動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上。	↓ できない ↓			
6. 全面依存	: まる3日間すべての面で他者が全面援助した。	少しでも本動作に参加しているか	← している →	5. 最大の援助	
9. 本動作は1回もなかった(能力にかかわらず)。			← していない →	6. 全面依存	
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	0	1	2	3
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	4	5	6	9
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0	1	2	3
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人口肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	4	5	6	9

4. 次のIADL(手段的日常生活動作)各項目について、対象者が自分一人で実施する場合、ア. 実施状況を0～4、イ. 困難度を0～2の中からそれぞれ選んでください。

ア. IADLの実施状況(過去7日間)	
0.	自立、自分で行った
1.	時に援助をしてもらって行われた
2.	いつも援助をもらって行われた
3.	他者が全部を行った
4.	本活動は1度も行われなかった

イ. IADLの困難度	
0.	自立、自分で行った
1.	いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)
2.	非常に困難(ほとんど、あるいは全く活動に参加できない)

	ア. 実施状況	イ. 困難度
a. 食事の用意 (献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	0 1 2 3 4	0 1 2
b. 家事一般 (食事の後片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯など)	0 1 2 3 4	0 1 2
c. 金銭管理 (請求書の支払い、貯金の管理、家計の収支勘定)	0 1 2 3 4	0 1 2
d. 薬の管理 (服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)	0 1 2 3 4	0 1 2
e. 電話の利用 (自分で電話をかけたり、受けた)	0 1 2 3 4	0 1 2
f. 買い物 (食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う)	0 1 2 3 4	0 1 2
g. 交通手段の利用 (バス・電車などの乗り物による移動)	0 1 2 3 4	0 1 2

5. BPRS (Oxford 版)

マニュアルに質問の仕方およびそれぞれの項目のアンカーポイント（評価基準）が載っていますのでそちらをごらんになってご記入下さい。

	項目名	あてはまる番号に○をつけて下さい
1	心氣的訴え	0 1 2 3 4 5 6
2	不安	0 1 2 3 4 5 6
3	感情的引きこもり	0 1 2 3 4 5 6
4	思考解体	0 1 2 3 4 5 6
5	罪業感	0 1 2 3 4 5 6
6	緊張	0 1 2 3 4 5 6
7	衝動的な行動や姿勢	0 1 2 3 4 5 6
8	誇大性	0 1 2 3 4 5 6
9	抑うつ気分	0 1 2 3 4 5 6
10	敵意	0 1 2 3 4 5 6
11	疑惑	0 1 2 3 4 5 6
12	幻覚	0 1 2 3 4 5 6
13	運動減退	0 1 2 3 4 5 6
14	非協調性	0 1 2 3 4 5 6
15	思考内容の異常	0 1 2 3 4 5 6
16	情動鈍磨もしくは不適切な情動	0 1 2 3 4 5 6
17	高揚気分	0 1 2 3 4 5 6
18	精神運動興奮	0 1 2 3 4 5 6

6. 精神障害に関する追加項目 (a.-f.)

a. 自傷他害の危険性

自己の身体の一部を傷つける、自殺を企てる、他人に危害を及ぼすなどの行動をとる危険性

- 0) ない 誰がみても危険を感じさせる徴候がない。
 1) 少ない 現在の状況では、自傷他害はほとんどおこらないが、環境の変化によって引き起こされる可能性はある。
 2) 中程度 自傷他害の可能性があり、常に用心している状態。
 3) 高い 自傷他害を具体的に起こす恐れが十分あり、特別な警戒が必要な状態。

b. 個人衛生

洗面、入浴、身繕い、洗濯、掃除、身の回りの整理整頓を行う能力

- 0) 自立 自主的に自分でできる。
 1) 観察・促し 声をかけて行動を促したり、できているか確認する必要がある。また時に少し手を貸すこともある。
 2) 直接介助 全面的に介助をする必要がある。

c. まとまりのない話

筋違いのこと、まとまりのないことを言う

- 0) そのようなことは、観察されていない。ない 誰がみても危険を感じさせる徴候がない。
- 1) 時には筋違いのことをしゃべったり、まとまりのないことを言ったりすることがある。しかし、これらのことは毎日起こるわけではない。
- 2) 筋違いのこと、あるいはまとまりのないことを言ったりすることがしばしばある。(1日に1回以上)

d. 奇妙な姿勢

奇妙な姿勢やわざとらしい行動がある

- 0) そのような行動はみられない。
- 1) 2と同じように行動するが、毎日というわけではない。
- 2) 毎日奇妙で快適でないような姿勢をとったり、あるいはわざとらしい行動をする。

e. 対象者が自身の病状についての洞察(病識)を有しているか、次のうちあてはまるものを1つ選択してください。

- 1) 十分にある
- 2) 不十分
- 3) ほとんどない

f. 対象者が薬物療法の必要性を認識しているか、次のうちあてはまるものを1つ選択してください。

- 1) 十分に認識している。
- 2) 不十分ではあるが、嫌がらずに服薬している。
- 3) 不十分で、服用を嫌がったり、拒否することがある。
- 4) 主治医は服薬を不要であると判断している。(処方されていない)

氏名 _____

利用者 ID _____

<キリトリ線>

ケア担当者調査票

(知的)

施設 ID _____

利用者 ID _____

ケアを担当しておられる方による評価

普段からこの方を担当しておられる方で、ご本人をよく把握している方がご記入下さい。

項目によっては事務職員の方などと分担して記入して頂いても結構です。

記入日 年 月 日

1. この方が今回貴施設の利用を始めたのはいつですか

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注: 病院または入所施設の場合は今回の入院・入所日、
通所施設の場合は今回の通所開始日をお書き下さい。

2. この方が利用されている入所サービスについてお伺いします。今現在利用されている入所サービスについて、下記の該当するすべてのサービス(貴施設を含む)の横にある□にチェックをつけ、入所中であるか、1カ月間に平均でどの程度利用しているかをご記入ください。またわかる範囲で1カ月間の平均的費用(自己負担分とその他)をお書き下さい。また授産施設等で施設から本人に支払っている賃金等がある場合は1カ月分の平均金額をお書き下さい。

	サービス名	頻度	自己負担費用	それ以外の費用	ご本人の賃金等
<input type="checkbox"/>	精神科病院	入院中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者生活訓練施設	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉ホーム A 型	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉ホーム B 型	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者入所授産施設	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者地域生活援助事業 (グループホーム)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者短期入所事業 (ショートステイ)	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者更生施設 (入所)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者授産施設 (入所)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
<input type="checkbox"/>	通勤寮	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	重症心身障害児施設	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者地域生活援助事業 (グループホーム)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者短期入所事業 (ショートステイ)	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
<input type="checkbox"/>	その他 ()	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
	合計		約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月

注1 「それ以外の費用」には自己負担を除く、診療報酬、補助金、寄付金などを含みます。

注2 補助金等の一括払いの施設の場合は、その金額を定員で割り、さらに12(カ月)で割ることで、1カ月間の一人あたり費用を算出して下さい。

3. この方が利用されている通所サービスについてお伺いします。今現在利用されている通所サービスについて、下記の該当するすべてのサービス(貴施設を含む)の横にある□にチェックをつけ、1週間に平均でどの程度利用しているかをご記入ください。また授産施設等で施設から本人に支払っている賃金等がある場合は1カ月分の平均金額をお書き下さい。

	サービス名	頻度	ご本人の賃金等
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉工場	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者通所授産施設	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者小規模通所授産施設	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者小規模作業所	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者地域生活支援センター	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	精神科デイケア、ナイトケア、デイナイトケア	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	保健所デイケア	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	障害者就業・生活支援センター	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	精神科訪問看護(精神科を標榜する保険医療機関)	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)身体介護	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)家事援助	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	社会的入院解消のための退院促進支援事業	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者更生施設(通所)	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者授産施設(通所)	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	知的障害者居宅等介護事業(ホームヘルプサービス)身体介護	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者居宅等介護事業(ホームヘルプサービス)家事援助	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者居宅等介護事業(ホームヘルプサービス)移動介護	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者デイサービス事業	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	その他()	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	その他()	約____日/週	約____円/月

4. この方が今までに受けている各種の障害等級や障害程度区分認定等についてうかがいます
下記の該当するものすべてに○をつけてください

障害種別	等級および程度区分	
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6	
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他()	
3) 療育手帳等級	最重度(OA・A1・1度)	重度(A・A2・2度)
	中度(B・B1・3度)	軽度(C・B2・4度)
4) 支援費制度障害程度区分	施設支援費	区分A・B・C
	短期入所・デイサービス	区分1・2・3
	グループホーム	区分1・2
5) 精神保健福祉手帳等級	1級・2級・3級	
6) 障害基礎年金等級	1級・2級	
7) その他の障害年金等級	1級・2級・3級	
8) 要介護状態区分	要支援・要介護1・2・3・4・5	

5. 知能評価を実施していればご記入下さい

IQ = _____ (方法:A.WAIS(ウェクスラー式) B. 田中ビネー C. その他())
(実施日:A. 過去1年以内 B. 1年以上5年以内 C. それ以外)

6. 強度行動障害者特別支援加算の評価を実施している場合、その点数をご記入下さい。

_____点

7.この方が精神障害をお持ちの場合のみ、次の7-1、7-2の質問にお答え下さい。

7-1 対象者がこれまで他の医療機関を含め、精神科・神経科に入院した回数は合わせて何回になりますか(通算回数をお答え下さい。正確な回数のわからない場合はおおよその回数でお答え下さい)。ない場合はB.なしに、わからない場合はC.不明に○をつけて下さい。

A.入院あり(約_____回) B.無し C.不明

7-2 精神科・神経科に入院経験がある方についてお聞きします。これまでの精神科・神経科への入院期間を全部合わせるとどれくらいになりますか(通算期間をお答え下さい。また、5年以上に及ぶ場合は年数のみで結構です)。

A.約_____年_____カ月 B.不明

8.この方を実際にケアしておられる方が、この方のどのような問題に対して、どのようなケアを提供しておられるかをお聞きします。

1)この方のケアにおいて、最近の平均的な1日を想定してご記入ください。

2)ここでは、この方自身に対して提供されたケアのみをとりあげ、それらに使われた時間によって評価をお願いします。ケアには本来、スタッフの申し送りやカンファレンス、ご家族等との相談、研修等の時間も必要ですが、これらの時間は含めないで下さい。

3)ここでは、「ケアの種別」を、「直接的なケア」と「見守り」に分類して評価していただきます。「直接的なケア」とは、この方の日常的な動作、行為、あるいは活動への直接的な介助のことです。「見守り」には、相手の状態への注意や、相手の行動を支援する、励ましや動機づけなどの言葉による支援が含まれます。

4)この方に平均的な1日に提供されたケア時間の合計を100%として、「直接的なケア」と「見守り」の合計が100になるように評価してください。

	直接的なケア(時間%)	見守り(時間%)	合計(時間%)
評価			100

9. この方の日常生活や社会生活の上で必要な支援についてうかがいます

回答欄の1～3のうち、該当するものに○をお願いします。(マニュアルをご参照下さい)

障害程度区分のチェック項目		貴施設が判断する支援の必要性について、 1～3の中から該当する項目に○をつけてください。
生活関連動作支援項目		
1	ベッド上での起床及び就寝の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
2	起床の働きかけ、朝の身支度等に関する支援	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
3	車いすとベッド間の移乗の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
4	洗面、歯磨き等の整容に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
5	衣服の着脱の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
6	屋内での移動の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
7	屋外での移動の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
8	体位変換の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
9	食事の準備及び後片付けに関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
10	摂食行為に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
11	排せつ行為に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
12	入浴の準備及び後片付けに関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
13	入浴の介助、入浴中の見守り等の支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
14	通院に関する援助	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
15	医療処置、受診等に関する援助	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
16	医師等による診断結果の説明の理解に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
17	健康管理に関する支援	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
18	清潔保持に関する支援	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
19	金銭管理に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
20	衣類、身の回り品等の管理に関する支援	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い

社会参加支援項目		貴施設が判断する支援の必要性について、 1～3の中から該当する項目に○をつけてください。
1	強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
2	睡眠障害並びに食事及び排せつに係る不適応行動への対応	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
3	自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
4	自閉症等による対人関係に関する問題への対応	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
5	日常生活における不安、悩み等に関する相談援助	1. 困難性の高い支援が必要 2. 支援が必要 3. 支援の必要性が低い
6	外出、買い物等に関する支援	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
7	余暇活動及び地域の活動への参加等に関する支援(移動を除く)	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
8	在宅生活に必要な生活関連行為の習得に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
9	訓練、作業のための動機付け及びその内容の理解に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
10	訓練、作業のための送迎及び移動に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
11	訓練、作業中の安全への配慮	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
12	訓練、作業の準備及び後片付けに関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
13	車いすの操作、歩行、日常生活動作等に関する訓練	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
14	持久力、敏しょう性の向上等の体力増強のための訓練	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
15	訓練、作業に係る訓練、作業技術の習得及び訓練、作業の遂行に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
16	各々の障害に応じた手段による意思疎通に関する支援(17を除く)及び意思疎通の訓練	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
17	代筆、電話の仲立ち等の支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
18	就労又は退所後の生活に向けた住宅の確保、生活支援の体制作り等に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い

10. 知的障害者包括アウトカム尺度
 マニュアルを参照し、0～4で評価して下さい。

項目	評価点
1. 問題行動(他者に向けられたもの)	
2. 自己に向けられる問題行動(自傷)	
3. その他の精神および行動の問題(問題も具体的に)A,B,C,D,Eいずれかに○	
4. 注意と集中力	
5. 記憶と見当識	
6. コミュニケーション(理解の問題)	
7. コミュニケーション(表現の問題)	
8. 幻覚や妄想に関連する問題	
9. 情緒の変化に関する問題	
10. 睡眠の問題	
11. 飲食に関する問題	
12. 身体的問題	
13. 発作	
14. 在宅での日常生活動作	
15. 在宅以外での日常生活動作	
16. セルフケアのレベル	
17. 対人関係の問題	
18. 日中の作業と活動	

以上です。記入漏れがないかご確認下さい。

▼△ ご協力ありがとうございました △▼

氏名 _____

利用者ID _____

<キリトリ線>

ケア担当者調査票

(精神)

施設ID _____

利用者ID _____

ケアを担当しておられる方による評価

普段からこの方を担当しておられる方で、ご本人をよく把握している方がご記入下さい。

項目によっては事務職員の方などと分担して記入して頂いても結構です。

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

1. この方が今回貴施設の利用を始めたのはいつですか

西暦	年	月	日
----	---	---	---

注：病院または入所施設の場合は今回の入院・入所日、
通所施設の場合は今回の通所開始日をお書き下さい。

2. この方が利用されている入所サービスについてお伺いします。今現在利用されている入所サービスについて、下記の該当するすべてのサービス(貴施設を含む)の横にある□にチェックをつけ、入所中であるか、1カ月間に平均でどの程度利用しているかをご記入ください。またわかる範囲で1カ月間の平均的費用(自己負担分とその他)をお書き下さい。また授産施設等で施設から本人に支払っている賃金等がある場合は1カ月分の平均金額をお書き下さい。

	サービス名	頻度	自己負担費用	それ以外の費用	ご本人の賃金等
<input type="checkbox"/>	精神科病院	入院中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者生活訓練施設	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉ホーム A 型	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉ホーム B 型	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者入所授産施設	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者地域生活援助事業 (グループホーム)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	精神障害者短期入所事業 (ショートステイ)	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者更生施設 (入所)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者授産施設 (入所)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
<input type="checkbox"/>	通勤寮	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	重症心身障害児施設	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者地域生活援助事業 (グループホーム)	入所中	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	知的障害者短期入所事業 (ショートステイ)	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
<input type="checkbox"/>	その他 ()	約 ____ 日/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月
	合計		約 _____ 円/月	約 _____ 円/月	約 _____ 円/月

注1 「それ以外の費用」には自己負担を除く、診療報酬、補助金、寄付金などを含みます。

注2 補助金等の一括払いの施設の場合は、その金額を定員で割り、さらに12(カ月)で割ることで、1カ

月間の一人あたり費用を算出して下さい。

3. この方が利用されている通所サービスについてお伺いします。今現在利用されている通所サービスについて、下記の該当するすべてのサービス(貴施設を含む)の横にある□にチェックをつけ、1週間に平均でどの程度利用しているかをご記入ください。また授産施設等で施設から本人に支払っている賃金等がある場合は1カ月分の平均金額をお書き下さい。

	サービス名	頻度	ご本人の賃金等
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉工場	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者通所授産施設	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者小規模通所授産施設	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者小規模作業所	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	精神障害者地域生活支援センター	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	精神科デイケア、ナイトケア、デイナイトケア	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	保健所デイケア	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	障害者就業・生活支援センター	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	精神科訪問看護(精神科を標榜する保険医療機関)	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)身体介護	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)家事援助	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	社会的入院解消のための退院促進支援事業	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者更生施設(通所)	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者授産施設(通所)	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	知的障害者居宅等介護事業(ホームヘルプサービス)身体介護	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者居宅等介護事業(ホームヘルプサービス)家事援助	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者居宅等介護事業(ホームヘルプサービス)移動介護	約____時間/週	
<input type="checkbox"/>	知的障害者デイサービス事業	約____日/週	
<input type="checkbox"/>	その他()	約____日/週	約____円/月
<input type="checkbox"/>	その他()	約____日/週	約____円/月

4. この方が今までに受けている各種の障害等級や障害程度区分認定等についてうかがいます
下記の該当するものすべてに○をつけてください

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他()
3) 療育手帳等級	最重度(OA・A1・1度) 重度(A・A2・2度) 中度(B・B1・3度) 軽度(C・B2・4度)
4) 支援費制度障害程度区分	施設支援費 区分A・B・C 短期入所・デイサービス 区分1・2・3 グループホーム 区分1・2
5) 精神保健福祉手帳等級	1級・2級・3級
6) 障害基礎年金等級	1級・2級
7) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
8) 要介護状態区分	要支援・要介護1・2・3・4・5

5. 知能評価を実施していればご記入下さい

IQ = _____ (方法:A.WAIS(ウェクスラー式) B. 田中ビネー C. その他())
(実施日:A. 過去1年以内 B. 1年以上5年以内 C. それ以外)

6. 強度行動障害者特別支援加算の評価を実施している場合、その点数をご記入下さい。

_____点

7.この方が精神障害をお持ちの場合のみ、次の7-1、7-2の質問にお答え下さい。

7-1 対象者がこれまで他の医療機関を含め、精神科・神経科に入院した回数は合わせて何回になりますか(通算回数をお答え下さい。正確な回数のわからない場合はおおよその回数でお答え下さい)。ない場合はB.なしに、わからない場合はC.不明に○をつけて下さい。

A.入院あり(約_____回) B.無し C.不明

7-2 精神科・神経科に入院経験がある方についてお聞きします。これまでの精神科・神経科への入院期間を全部合わせるとどれくらいになりますか(通算期間をお答え下さい。また、5年以上に及ぶ場合は年数のみで結構です)。

A.約 _____年 _____カ月 B.不明

8.この方を実際にケアしておられる方が、この方のどのような問題に対して、どのようなケアを提供しておられるかをお聞きします。

1)この方のケアにおいて、最近の平均的な1日を想定してご記入ください。

2)ここでは、この方自身に対して提供されたケアのみをとりあげ、それらに使われた時間によって評価をお願いします。ケアには本来、スタッフの申し送りやカンファレンス、ご家族等との相談、研修等の時間も必要ですが、これらの時間は含めないで下さい。

3)ここでは、「ケアの種別」を、「直接的なケア」と「見守り」に分類して評価していただきます。「直接的なケア」とは、この方の日常的な動作、行為、あるいは活動への直接的な介助のことです。「見守り」には、相手の状態への注意や、相手の行動を支援する、励ましや動機づけなどの言葉による支援が含まれます。

4)この方に平均的な1日に提供されたケア時間の合計を100%として、「直接的なケア」と「見守り」の合計が100になるように評価してください。

	直接的なケア(時間%)	見守り(時間%)	合計(時間%)
評価			100

9. この方の日常生活や社会生活の上で必要な支援についてうかがいます

回答欄の1～3のうち、該当するものに○をお願いします。(マニュアルをご参照下さい)

障害程度区分のチェック項目		貴施設が判断する支援の必要性について、 1～3の中から該当する項目に○をつけてください。
生活関連動作支援項目		
1	ベッド上での起床及び就寝の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
2	起床の動きかけ、朝の身支度等に関する支援	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
3	車いすとベッド間の移乗の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
4	洗面、歯磨き等の整容に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
5	衣服の着脱の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
6	屋内での移動の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
7	屋外での移動の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
8	体位変換の介助	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
9	食事の準備及び後片付けに関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
10	摂食行為に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
11	排せつ行為に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
12	入浴の準備及び後片付けに関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
13	入浴の介助、入浴中の見守り等の支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
14	通院に関する援助	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
15	医療処置、受診等に関する援助	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
16	医師等による診断結果の説明の理解に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
17	健康管理に関する支援	1. 毎日支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
18	清潔保持に関する支援	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い
19	金銭管理に関する支援	1. 全面的な支援が必要 2. 部分的な支援が必要 3. 支援の必要性が低い
20	衣類、身の回り品等の管理に関する支援	1. 常に支援が必要 2. ときどき支援が必要 3. 支援の頻度が低い