

表5. 調査対象者のタイムスタディに対する評価

【精神障害】

調査員が観察しているとき	全く同じ だった	ほぼ同じ だった	少し違った	全く 違った
自分はいつもと同じように過ごせていた	5	3	2	0
サービスはいつもと同じだった	8	1	1	0
調査員が観察しているとき	全くなかった	あまり なかった	少しあった	とても あった
自分は調査員の存在が気になった	4	2	3	1
自分は精神的負担があった	5	4	1	0
調査員による観察が終了してから	全く同じ だった	ほぼ同じ だった	少し違った	全く 違った
自分はいつもと同じように過ごせた	6	2	1	0
調査員による観察が終了してから	全くなかった	あまり なかった	少しあった	とても あった
自分の生活に何か支障があった*	8	1	0	0

*1名は調査終了後間もない時点だったため評価できなかった

【知的障害】

調査員が観察しているとき	全く同じ だった	ほぼ同じ だった	少し違った	全く 違った
自分はいつもと同じように過ごせていた	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
サービスはいつもと同じだった	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
調査員が観察しているとき	全くなかった	あまり なかった	少しあった	とても あった
自分は調査員の存在が気になった	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
自分は精神的負担があった	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
調査員による観察が終了してから	全く同じ だった	ほぼ同じ だった	少し違った	全く 違った
自分はいつもと同じように過ごせた	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
調査員による観察が終了してから	全くなかった	あまり なかった	少しあった	とても あった
自分の生活に何か支障があった	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし

表6. 調査員のタイムスタディに対する評価

【調査上の支障：精神障害】

	全くなかった	あまりなかった	ときどきあった	とてもあった
タイムスタディ全体の実施における支障	3	2	3	1
ケア内容の観察の支障	2	4	2	0
ケア内容の記述の支障	2	5	1	0

【調査上の支障：知的障害】

	全くなかった	あまりなかった	ときどきあった	とてもあった
タイムスタディ全体の実施における支障	1	6	1	0
ケア内容の観察の支障	6	2	0	0
ケア内容の記述の支障	1	5	0	0

【調査上の問題点】

複数回答	精神(N=8)	知的(N=)
ケア内容を観察するうえで		
サービスの対象者が調査者を意識していた	4	8
サービス提供者が調査者を意識していた	3	1
サービスの対象者にしばしば観察を断られた	0	0
サービスの提供者にしばしば観察を断られた	0	0
調査者の居場所の確保が困難であった	2	1
困ったことはなかった	1	3
その他 ¹⁾	4	0
ケア内容を記述するうえで		
複数のケアが同時に行われていた	2	3
ケア内容が分からなかった	0	0
ケアの対象者が特定できなかった	1	0
観察中にケアと思われるものがなかった	0	0
1分ごとの観察ではケア内容が記述しづらかった	1	2
困ったことはなかった	3	2
その他 ²⁾	3	5

- 1)デイケア等の大勢の人を対象とした場面、在宅でヘルパーが二人体制だった、サービス提供者と対象者が一緒に行うケアがあまりなかった、調査中にヘルパーが買い物で外出したなど
- 2)食器洗いがどのケアに該当するのか判断がつかない、対象者が調査者が動く気になるようで落ち着かない様子だった、家事中心のケアでは何かをしながらの作業が多かった、作業所内は全員か個別なのか判らない時があった、作業所では職員と利用者の区別がつきにくいなど

基本情報調査票	(精神版)
----------------	--------------

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。

記入者氏名	連絡先電話番号	
-------	---------	--

1. この方が現在利用しているサービスの利用を始めたのはいつごろですか。
現在利用しているサービスにチェックをつけ、利用開始日をご記入下さい。

	サービス名	利用開始日
<input type="checkbox"/>	精神科病院（入院中）	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者生活訓練施設	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉ホームA型	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉ホームB型	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者入所授産施設	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者短期入所事業（ショートステイ）	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者福祉工場	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者通所授産施設	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者小規模通所授産施設	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者小規模作業所	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神障害者地域生活支援センター	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神科デイケア、ナイトケア、デйнаイトケア	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	障害者就業・生活支援センター	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	精神科訪問看護（精神科を標榜する保険医療機関）	西暦 年 月
<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）	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	社会的入院解消のための退院促進支援事業	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	西暦 年 月
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	西暦 年 月

2. この方が普段受けておられるサービスが、週のどの曜日の何時から何時ぐらいまで行われているかを、右頁の記入例を参考にして、以下にご記入下さい(ケアの予定表)。

	6	12	18	24	6
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					

3. この方の年齢、性別、診断についてお聞きします。診断については複数ある場合全てご記入下さい。

年齢	才	性別	男・女	診断	
----	---	----	-----	----	--

記入例(ケアの予定表)

	6	12	18	24	6
月		13:00~16:00 病院のデイケア			
火	10:00~15:00 作業所				
水		14:00~15:00 訪問看護			
木	10:00~15:00 作業所				
金		12:00 ~13:00 ホームヘルプ	15:00 ~16:00 病院外来		
土		14:00~15:00 訪問看護			
日					

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(○A・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. 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.対象の方が精神障害をお持ちの場合のみ、次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・神経科の病院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

7-3 前回の精神科・神経科からの退院日がわかりましたらご記入下さい。

A. 西暦_____年_____月ごろ B.無し C.不明

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 △▼

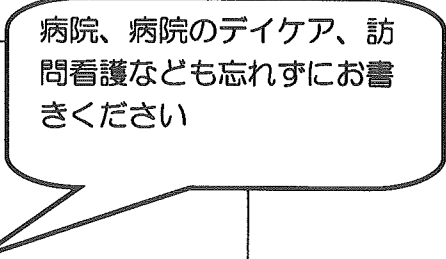
5. この方が普段受けておられるサービスが、週のどの曜日の何時から何時ぐらいまで行われているかを、右頁の記入例を参考にして、以下にご記入下さい(ケアの予定表)。

	6	12	18	24	6
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					

6. この方の年齢、性別、診断についてお聞きます。診断については複数ある場合全てご記入下さい。

年齢	才	性別	男・女	診断

記入例(ケアの予定表)

	6	12	18	24	6
月		13:00~16:00 病院のデイケア			
火	10:00~15:00 作業所				
水		14:00~15:00 訪問看護			
木	10:00~15:00 作業所				
金		12:00 ~13:00 ホームヘルプ	15:00 ~16:00 病院外来		
土		14:00~15:00 訪問看護			
日					

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(○A・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. 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.対象の方が精神障害をお持ちの場合のみ、次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・神経科の病院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

7-3 前回の精神科・神経科からの退院日がわかりましたらご記入下さい。

A.西暦_____年_____月ごろ B.無し C.不明

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 △▼

資料2

記入者

氏名 _____

調査用ID

月	日	時

分	ケア内容	提供者の所属	ケアコード
:00			
:01			
:02			
:03			
:04			
:05			
:06			
:07			
:08			
:09			
:10			
:11			
:12			
:13			
:14			
:15			
:16			
:17			
:18			
:19			
:20			
:21			
:22			
:23			
:24			
:25			
:26			
:27			
:28			
29			

記入者

氏名

調査用ID

月	日	時

分	ケア内容	提供者の所属	ケアコード
:30			
:31			
:32			
:33			
:34			
:35			
:36			
:37			
:38			
:39			
:40			
:41			
:42			
:43			
:44			
:45			
:46			
:47			
:48			
:49			
:50			
:51			
:52			
:53			
:54			
:55			
:56			
:57			
:58			
:59			

認定調査票(基本調査)

調査用ID _____

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

特記事項 ⇒1

1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)⇒

1

1. ない 2. 肩関節 3. 肘関節 4. 股関節 5. 膝関節 6. 足関節 7. その他

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる
2. 自分の手で支えればできる
3. 支えてもらえればできる
4. できない

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
--------	---------	--------	-----------

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。 ⇒4

ア. じょくそう(床ずれ)がありますか	1. ない	2. ある
イ. じょくそう(床ずれ)以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1. ない	2. ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. できない
--------	---------	---------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
ア. 口腔清潔(はみがき等)	1	2	3
イ. 洗顔	1	2	3
ウ. 整髪	1	2	3
エ. つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
ア. 上衣の着脱	1	2	3	4
イ. ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 普通(日常生活に支障がない)
2. 約1m離れた視力確認表の図が見える
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えない
5. 見えているのか判断不能

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 普通
2. 普通の声がやっと聞き取れる
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞えない
5. 聞えているのか判断不能

6-3 調査対象者の意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 状況にかかわらず意思を他者に伝達できる
2. 一定の状況において意思を他者に伝達できる
3. 状況にかかわらず意思を他者に伝達できない

6-4 指示・説明の理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 状況にかかわらず指示・説明が理解できる
2. 一定の状況において指示・説明が理解できる
3. 状況にかかわらず指示・説明が理解できない

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

ア. 毎日の日課を理解することが	1. できる	2. できない
イ. 生年月日を答えることが	1. できる	2. できない
ウ. 年齢を答えることが	1. できる	2. できない
エ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	1. できる	2. できない
オ. 自分の名前を答えることが	1. できる	2. できない
カ. 今の時間を理解することが	1. できる	2. できない
キ. 今の季節を理解することが	1. できる	2. できない
ク. 自分がいる場所を答えることが	1. できる	2. できない
ケ. 10以上のものの数を数えることが	1. できる	2. できない

7 行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒7

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
イ. 作話をし周囲に言いふらすことが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある

ウ. 実際にはないものが見えたり、聞えることが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
カ. 暴言や暴行が	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ク. 大声をだすことが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
コ. 目的もなく動き回ることが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ス. 1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
チ. 不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
テ. ひどい物忘れが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ト. 特定の物や人、決めた時間に対する強いこだわりが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ナ. 物事を選択や意思決定をできないことが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
ニ. 多動または行動の停止が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ヌ. パニックや不安定な行動が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ネ. 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ノ. 叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ハ. 他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ヒ. 環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. 日に1回以上	5. 日に頻回	
フ. 突然走っていなくなるような突発的行動が	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. 日に1回以上	5. 日に頻回	
ヘ. 異食、過食、反すう等の食事に関する行動が	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. ほぼ毎日	5. ほぼ毎食	
ホ. 安全や損得の判断ができないことが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある
マ. 自分の役割・仕事が変わりづらく、誤解をもとに行動することが	1. ない	2. とくどきある	3. よくある

ミ. 気分がゆううつで悲観的になったり、時には思考力も低下することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ム. 再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかることが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
メ. 他者と交流することの不安や緊張のため外出できないことが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
モ. 一日中横になっていたたり、自室に閉じこもって何もしていないことが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
ヤ. 話がまとまらず、会話にならないことが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
ユ. 集中が続かず、言われたことをやり通せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
ヨ. 現実には合わず高く自己を評価することが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
ラ. 他者に対して疑い深く拒否的であることが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
リ. 一度にたくさんの課題に直面すると混乱することが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
ル. 話や行動につながりがなく唐突に見えることが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
レ. 周りのことを考えないで自分中心にものごとを考えたり、進めることが	1. ない	2. ときどきある	3. よくある

7-ロ. 作業課題の把握と自分で段取りをたてる能力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。⇒

7

- | |
|-----------------------------|
| 1. 全体の作業の流れを理解し段取りをたてて実行できる |
| 2. 作業の流れの一部を理解し実行できる |
| 3. できない |

8 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可) ⇒8

処置内容	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ（人工肛門）の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター（人工呼吸器）	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
特別な対応	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		11. じょくそうの処置	
失禁への対応	12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）			

9-1 日中の生活について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。⇒9

- | | | |
|------------|---------------|-----------------|
| 1. よく動いている | 2. 座っていることが多い | 3. 横になっていることが多い |
|------------|---------------|-----------------|

9-2 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。⇒9

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 週1回以上 | 2. 月1回以上 | 3. 月1回未満 |
|----------|----------|----------|

9-3 生活の不活発化の原因となるような家族・居住環境、社会参加等の状況の変化について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。⇒9

- | | |
|-------|-------|
| 1. ない | 2. ある |
|-------|-------|

10 家や地域における日常の活動レベルについて

この調査項目は、対象者の日常生活を、別の尺度で評価するものです。他の調査項目と重複する部分がありますが、セットで調査する必要がありますので、お手数ですが再度ご記入をお願いします。本調査を元に、より適切な調査項目の組み合わせを選択する予定です。

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
- 8. 本活動は1度も行われなかった

イ. IADLの困難度

<自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ>.

- 0. 問題ない
- 1. いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)
- 2. 非常に困難(ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない)

		ア	イ
a. 食事の用意	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)	a	<div style="text-align: center;">↓</div> <input type="text"/>
b. 家事一般.	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯	b	<div style="text-align: center;">↓</div> <input type="text"/>
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定	c	<div style="text-align: center;">↓</div> <input type="text"/>
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用 (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)	d	<div style="text-align: center;">↓</div> <input type="text"/>
e. 電話の利用	自分で電話をかけたたり、受ける (必要に応じて数字を大きくしたる、音の拡大装置を使ってもよい)e	e	<div style="text-align: center;">↓</div> <input type="text"/>
f. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う	f	<div style="text-align: center;">↓</div> <input type="text"/>
g. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動)	g	<div style="text-align: center;">↓</div> <input type="text"/>

認定調査票（特記事項）

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

()

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

()

()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3 調査対象者の意思の伝達, 6-4 指示・説明の理解, 6-5 記憶・理解

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動（ア～ロまで）

()

()

()

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 日中の生活, 9-2 外出頻度, 9-3 家族・居住環境、社会参加等の状況

()

()

10 日常の活動レベルについての特記事項

10-a食事の用意, 10-b家事一般, 10-c金銭管理, 10-d薬の管理, 10-e電話の利用, 10-f買物10-g交通手段の利用

()

()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

