

アセスメント情報取得

前の画面に戻る

介護事業者	期間	作成日	承認日	取得日	
カナミック事業所	2012/04/01～ 2013/03/31	2013/03/14 14:40:24	2013/03/14 14:41:43		ALL 1 2 3

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

介護事業者が承認するとダウンロード用のボタンが表示されます。

ALL : Excel2007 以降用。横の分割はありません。

1,2,3 : Excel2003 以前用。横 256 項目に収まるように分割したのになります。

介護事業者用機能

【介護事業者用機能の役割】

QI 事業の協定に従い、提示するアセスメント一覧を作成する機能です。

【アセスメント作成の流れ】

- (1) 協定の期間を指定してアセスメント一覧を作成
- (2) アセスメントの内容をダウンロードし内容を確認
- (3) 問題が無ければ承認し、ダイヤ財団側でダウンロード可能にする

【使い方】

ログインID _____
パスワード _____

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

管理者から提示されたログインIDとパスワードでログインして下さい。

介護事業者メニュー

- アセスメントファイル作成・承認
- ログアウト

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

ログインするとメニューが表示されます。
アセスメントファイル作成・承認を選択して下さい。

アセスメントファイル作成・承認

[前の画面に戻る](#)

1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

～

2. アセスメントファイルを作成して下さい。

[指定期間でQI用アセスメントファイルを作成する](#)

作成日:

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

提示するアセスメント一覧を作成します。

アセスメントファイル作成・承認

[前の画面に戻る](#)

1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

2. アセス

0 2013 年 0

3月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

協定で定められた期間を入力して下さい。

テキストボックスを選択するとカレンダーが表示されますので、該当日付を選択して下さい。

カレンダーが表示されない場合、ブラウザの設定で JavaScript が有効になっているかご確認下さい。

アセスメントファイル作成・承認

[前の画面に戻る](#)

1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

2012/04/01 ~ 2013/03/31

2. アセスメントファイルを作成して下さい。

作成日:

期間を入力後、「指定期間で QI 用アセスメントファイルを作成する」を押下して下さい。

Copyright © 2013 ASP

アセスメントファイル作成・承認

前の画面に戻る

1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

2012/04/01 ~ 2013/03/31

2. アセスメントファイルを作成して下さい。

作成日: 2013/03/14 14:40:24

3. アセスメントファイルを確認して下さい。

※Microsoft Office 2007以降の方は以下のボタンを押して下さい。

QI用アセスメントファイルをダウンロードする

※横の項目数が多すぎるため、Microsoft Office 2003以前の方は以下のボタンを押して下さい。

QI用アセスメントファイル(1)をダウンロードする

QI用アセスメントファイル(2)をダウンロードする

QI用アセスメントファイル(3)をダウンロードする

QI利用を承認する

※QI利用を承認しないとダイヤ財団側でファイルの取得ができません。

承認日:

ダイヤ財団取得日:

• IDのマッピングファイルを取得する場合は以下のボタンを押

IDマッピングファイルを取得する

• QI用アセスメントファイルを破棄する場合は以下のボタンを押

QI用アセスメントファイルを削除する

※既にダイヤ財団側でダウンロードが行われている場合、システム内のファイルがあればならない場合、ダイヤ財団に連絡下さい。

アセスメント一覧が作成されると画面が切り替わります。

ファイルをダウンロードして内容に問題がないか確認して下さい。

Excel2003 以前で確認する場合は、ファイルが3つに分割された版を利用して下さい。

ダウンロードして確認した内容に問題がなければ、「QI 利用を承認する」を押して、ダイヤ財団がダウンロードできるようにしてください。

[QI用アセスメントファイル\(1\)をダウンロードする](#)

[QI用アセスメントファイル\(2\)をダウンロードする](#)

[QI用アセスメントファイル\(3\)をダウンロードする](#)

4. 内容に問題がなければ承認し、QI利用可能にして下さい。

※QI利用を承認しないとダイヤ財団側でファイルの取得ができません。

承認日:2013/03/14 14:41:43

ダイヤ財団取得日:

- IDのマッピングファイルを取得する場合は以下のボタンを押して下さい。

[IDマッピングファイルを取得する](#)

- 承認を取り消す場合は以下のボタンを押して下さい。

[QI利用の承認を取り消す](#)

※既にダイヤ財団側でダウンロードが行われている場合、承認を取り消してもファイルはダイヤ財団に存在します。破棄しなければならない場合、ダイヤ財団に連絡下さい。

- QI用アセスメントファイルを破棄する場合は以下のボタンを押して下さい。

[QI用アセスメントファイルを削除する](#)

※既にダイヤ財団側でダウンロードが行われている場合、システム内のファイルを削除してもファイルはダイヤ財団に存在します。破棄しなければならない場合、ダイヤ財団に連絡下さい。

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

4. ダウンロードするアセスメント項目一覧

項目		項目名	No.	Code	長さ	選択肢		
A	基本情報	性別	1	A2	1	1.男性 2.女性		
		生年月日	2	A3	10	西暦8桁入力		
		婚姻状況	3	A4	1	1~6		
		介護保険証番号	4	A5	20	10桁		
		事業所番号	5	A6	20	10桁		
		要介護度	6	A7	1	0~7		
		アセスメントの理由	7	A8	1	1~7		
		アセスメント基準日	8	A9	10	西暦8桁入力		
		アセスメント時の居住場所	9	A11	2	1~18		
		A12	同居形態	同居者	10	A12a	1	1~8
				90日前(または前回アセスメント時)と比較して同居形態の変化	11	A12b	1	0.いいえ 1.はい
				利用者や家族・身内は、利用者は他の所に住む方がいいのではないかと考えている	12	A12c	1	0~1
				退院後の経過期間	13	A13	1	0~5
B	相談受付表	入所に対して本人の意思が関与した度合	14	B1	1	0.完全 1.いくらか関与 2.ほとんどなし 8.答えられない (答えたくない)		
		受付日	15	B2	10	西暦8桁入力		
B5	過去5年間利用履歴(短期は含まず)	介護施設、療養病院/病棟	16	B5a	1	0.いいえ 1.はい		
		認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護	17	B5b	1	0.いいえ 1.はい		
		高齢者住宅:有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護有り・無し含む)	18	B5c	1	0.いいえ 1.はい		
		精神科病院、精神科病棟	19	B5d	1	0.いいえ 1.はい		
		精神障害者施設	20	B5e	1	0.いいえ 1.はい		
		知的障害者施設	21	B5f	1	0.いいえ 1.はい		
		B6	入所直前と通常の居住場所	入所直前の居住場所	22	B6a	2	1~18
				通常の居住場所	23	B6b	2	1~18
				入所前の同居形態	24	B7	1	1~8
				精神疾患歴	25	B8	1	0.いいえ 1.はい
				教育歴	26	B9	1	1~8
		医療機関受診時の送迎	27	B10	1	1~4		
		受診中の付き添いが必要	28	B11	1	0.いいえ 1.はい		
C	認知	日常の意思決定を行うための認知能力	29	C1	1	0~5		
		記憶を想起する能力	30	C2	1	0.問題なし 1.問題あり		
		短期記憶	31	C2a	1	0.問題なし 1.問題あり		
		長期記憶	32	C2b	1	0.問題なし 1.問題あり		
		手続き記憶	33	C2c	1	0.問題なし 1.問題あり		
		状況記憶	34	C2d	1	0.問題なし 1.問題あり		
		C3	せん妄の兆候	注意がそらされやすい	35	C3a	1	0~2
				支離滅裂な会話がある	36	C3b	1	0~2
				精神機能が一日の中で変化する	37	C3c	1	0~2
				精神状態の急な変化	38	C4	1	0.いいえ 1.はい
				過去90日間(または前回アセスメント以降)の意思決定能力の変化	39	C5	1	0.改善した 1.変化なし 2.悪化した 8.判定不能

項目		項目名	No.	Code	長さ	選択肢	
D	コミュニケーション と視覚	自分を理解させることができる(伝達能力)	40	D1	1	0~4	
		他者を理解できる能力(理解力)	41	D2	1	0~4	
		D3 聴覚	聴力	42	D3a	1	0~4
			補聴器の使用	43	D3b	1	0~3
		D4 視覚	視力	44	D4a	1	0~4
		眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡などの使用	45	D4b	1	0.いいえ 1. はい	
E	気分と行動	E1 うつ、不安、悲しみの気分の兆候	否定的なことを言う	46	E1a	1	0~3
			自分や他者に対する継続した怒り	47	E1b	1	0~3
			非現実なおそれがあることを思わせる非言語を含む表現	48	E1c	1	0~3
			繰り返し体の不調を訴える	49	E1d	1	0~3
			たびたび不安、心配事を訴える(健康上の不安は除く)	50	E1e	1	0~3
			悲しみ、苦悩、心配した表情	51	E1f	1	0~3
			泣く、涙もろい	52	E1g	1	0~3
			ひどいことが起こりそうだと繰り返し言う	53	E1h	1	0~3
			興味をもっていた活動をしなくなる	54	E1i	1	0~3
			社会的交流の減少	55	E1j	1	0~3
			人生の喜びを失っているという非言語を含む表現(快感喪失)	56	E1k	1	0~3
		E2 利用者自身が応えた気分	普段楽しんできたことに興味や喜びが沸かなかったこと	57	E2a	1	0~3, 8
			不安だったり、落ち着かない感じ	58	E2b	1	0~3, 8
			悲しく、落ち込んで、絶望する感じ	59	E2c	1	0~3, 8
		E3 行動の問題	徘徊	60	E3a	1	0~3
			暴言	61	E3b	1	0~3
			暴行	62	E3c	1	0~3
			社会的に不適切な迷惑行為	63	E3d	1	0~3
			公衆の中での不適切な性的行動や脱衣	64	E3e	1	0~3
			ケアに対する抵抗	65	E3f	1	0~3
	無許可の退去・家出	66	E3g	1	0~3		
	最近3日間における生活満足度	67	E4	1	0~5		
F1 社会関係	長期にわたって関心のある活動への参加	68	F1a	1	0~4, 8		
	家族や友人の訪問	69	F1b	1	0~4, 8		
	家族や友人とその他の交流	70	F1c	1	0~4, 8		
	家族や友人との葛藤や怒り	71	F1d	1	0~4, 8		
	ある家族や近い知り合いに対する恐れ	72	F1e	1	0~4, 8		
	ネグレクト(遺棄)、粗末に扱われる、虐待される	73	F1f	1	0~4, 8		
	孤独	74	F2	1	0.いいえ 1. はい		
	過去90日間(または前回アセスメント以降)の社会的活動の変化	75	F3	1	0~2		
	日中、一人きりである時間	76	F4	1	0~3		

項目			項目名	No.	Code	長さ	選択肢		
F	心理社会面	F5	自発性・参加意識	他者と付き合う際に落ち着いている	77	F5a	1	0~3	
				計画された、あるいは組織だった活動に落ち着いて参加する	78	F5b	1	0~3	
				大部分のグループ活動への誘いを受ける	79	F5c	1	0~3	
				施設内の生活に積極的に参加する	80	F5d	1	0~3	
				他者との交流を自分から始める	81	F5e	1	0~3	
				他者がはじめて交流に肯定的に反応する	82	F5f	1	0~3	
				日課の変化に対応する	83	F5g	1	0~3	
		F6	対人関係の不安定	ほかの利用者との対立、批判を繰り返す	84	F6a	1	0.いいえ	1. はい
				ケアスタッフとの対立、批判を繰り返す	85	F6b	1	0.いいえ	1. はい
				ケアスタッフは利用者との対応に不満がある	86	F6c	1	0.いいえ	1. はい
				家族や近い友人は利用者の病気によって憔悴している	87	F6d	1	0.いいえ	1. はい
				過去90日間の大きなストレス	88	F7	1	0.いいえ	1. はい
				F8	強み(ストレングス)	一貫して前向きである	89	F8a	1
日々の生活に意味を見出す	90	F8b	1			0.いいえ	1. はい		
家族との強い支援的な関係	91	F8c	1			0.いいえ	1. はい		
G	機能状態	G1	IADLの実施状況(A)と能力(B)			食事の用意(実施)	92	G1aa	1
				食事の用意(能力)	93	G1ab	1	0~6,8	
				家事一般(実施)	94	G1ca	1	0~6,8	
				家事一般(能力)	95	G1bb	1	0~6,8	
				金銭管理(実施)	96	G1ca	1	0~6,8	
				金銭管理(能力)	97	G1cb	1	0~6,8	
				薬の管理(実施)	98	G1da	1	0~6,8	
				薬の管理(能力)	99	G1db	1	0~6,8	
				電話の利用(実施)	100	G1ea	1	0~6,8	
				電話の利用(能力)	101	G1eb	1	0~6,8	
				階段(実施)	102	G1fa	1	0~6,8	
				階段(能力)	103	G1fb	1	0~6,8	
				買い物(実施)	104	G1ga	1	0~6,8	
				買い物(能力)	105	G1gb	1	0~6,8	
				外出(実施)	106	G1ha	1	0~6,8	
				外出(能力)	107	G1hb	1	0~6,8	
				G2	ADL	入浴	108	G2a	1
個人衛生	109	G2b	1			0~6,8			
上半身の更衣	110	G2c	1			0~6,8			
下半身の更衣	111	G2d	1			0~6,8			
歩行	112	G2e	1			0~6,8			
移動	113	G2f	1			0~6,8			
トイレへの移乗	114	G2g	1			0~6,8			
トイレの使用	115	G2h	1			0~6,8			
ベッド上の可動性	116	G2i	1			0~6,8			
食事	117	G2j	1			0~6,8			

項目		項目名	No.	Code	長さ	選択肢			
	G3	移動/歩行	主な室内移動手段	118	G3a	1	0~3		
			4メートルの歩行時間	119	G3b	2	77, 88, 99		
			歩行距離	120	G3c	1	1~5		
			車いす自操距離	121	G3d	1	0~8		
	G4	活動状況	過去3日間において体を動かした時間の合計(散歩など)	122	G4a	1	0~5		
			過去3日間に家(建物)の外に出た日数(短時間でもよい)	123	G4b	1	0~3		
	G5	身体機能の潜在能力	本人は自分の身体機能が向上すると信じている	124	G5a	1	0.いいえ 1. はい		
			ケアスタッフは本人の身体機能が向上すると信じている	125	G5b	1	0.いいえ 1. はい		
			過去90日間(または前回アセスメント以降)のADLの変化	126	G6	1	0~3, 8		
	G7	自動車の運転	過去90日間に車を運転した	127	G7a	1	0~2, 8		
			過去90日間に運転した場合、運転を制限したり、やめたほうが良いと誰かに言われている様子があった	128	G7b	1	0.いいえ 1. はい		
H	失禁		尿失禁	129	H1	1	0~5, 8		
			尿失禁器材(オムツやパッドを除く)	130	H2	1	0~3		
			便失禁	131	H3	1	0~5, 8		
			オムツやパッドの使用	132	H4	1	0.なし 1. あり		
			ストーマ	133	H5	1	0.なし 1. あり		
		I	疾患	筋骨系	過去30日間(または前回アセスメント以降)の大腿骨骨折	134	I1a	1	0~3
					過去30日間(または前回アセスメント以降)のその他の骨折	135	I1b	1	0~3
			神経系		アルツハイマー病	136	I1c	1	0~3
	アルツハイマー病以外の認知症	137		I1d	1	0~3			
	片麻痺	138		I1e	1	0~3			
	多発性硬化症	139		I1f	1	0~3			
	対麻痺	140		I1g	1	0~3			
	パーキンソン病	141		I1h	1	0~3			
	四肢麻痺	142		I1i	1	0~3			
	脳卒中/脳血管障害	143		I1j	1	0~3			
	心肺系		冠動脈疾患(CHD)	144	I1k	1	0~3		
		慢性閉塞性肺疾患(COPD)	145	I1l	1	0~3			
		うっ血性心不全(CHF)	146	I1m	1	0~3			
	精神		高血圧症	147	I1n	1	0~3		
		不安症	148	I1o	1	0~3			
		双極性障害	149	I1p	1	0~3			
		うつ	150	I1q	1	0~3			
	感染症		統合失調症	151	I1r	1	0~3		
		肺炎	152	I1s	1	0~3			
		過去30日間の尿路感染症(UTI)	153	I1t	1	0~3			
	その他		がん	154	I1u	1	0~3		
		糖尿病	155	I1v	1	0~3			
	I2	その他の診断	診断名(1)	156	I2a	255	全角入力		
				診断名(1) 疾患コード	157	I2b	1	1~3	
				診断名(2)	158	I2c	255	全角入力	
				診断名(2) 疾患コード	159	I2d	1	1~3	
				診断名(3)	160	I2e	255	全角入力	
				診断名(3) 疾患コード	161	I2f	1	1~3	
				診断名(4)	162	I2g	255	全角入力	
				診断名(4) 疾患コード	163	I2h	1	1~3	
				診断名(5)	164	I2i	255	全角入力	
				診断名(5) 疾患コード	165	I2j	1	1~3	

項目		項目名	No.	Code	長さ	選択肢	
J	健康状態	転倒	166	J1	1	0~3	
		最近の転倒	167	J2	1	0~3	
	J3	問題の頻度	168	J3a	1	0~4	
		支えなしでは立位になることが難しいか、できない	169	J3b	1	0~4	
		バランス	170	J3c	1	0~4	
		めまい	171	J3d	1	0~4	
		不安定な歩行	172	J3e	1	0~4	
	心肺	胸痛	173	J3f	1	0~4	
		気道内分泌物の排出困難	174	J3g	1	0~4	
	精神	異常な思考	175	J3h	1	0~4	
		妄想	176	J3i	1	0~4	
		幻覚	177	J3j	1	0~4	
	神経	失語症	178	J3k	1	0~4	
	消化器	胃酸の逆流	179	J3l	1	0~4	
		便秘	180	J3m	1	0~4	
		下痢	181	J3n	1	0~4	
		嘔吐	182	J3o	1	0~4	
		入眠または睡眠の継続困難	183	J3p	1	0~4	
		睡眠過多	184	J3q	1	0~4	
	その他	誤嚥	185	J3r	1	0~4	
		発熱	186	J3s	1	0~4	
		消化管出血、尿性器出血	187	J3t	1	0~4	
		不衛生	188	J3u	1	0~4	
		末梢浮腫	189	J4	1	0~3	
		呼吸困難(息切れ)	190	J5	1	0~4	
		疲労感	191	J6a	1	0~3	
	J6	痛み	192	J6b	1	0~4	
		痛みの程度:最も重度のもの	193	J6c	1	0~3	
		痛みの持続性	194	J6d	1	0,1,1,1,1 1. はい	
		突発する痛み	195	J6e	1	0~5	
		痛みのコントロール:現在痛みのコントロールが効いている程度(本人の視点から)	196	J7a	1	0,1,1,1,1 1. はい	
	J7	状態の不安定性	197	J7b	1	0,1,1,1,1 1. はい	
		認知、ADL、気分、行動を不安定にするような病態や症状がある(不安定、変動、悪化)	198	J7c	1	0,1,1,1,1 1. はい	
		急性症状が発生したり、再発性や慢性の問題が再燃した	199	J8	1	0~3, 8	
		末期の疾患であり、余命が6ヶ月以下である	200	J9a	1	0~2	
	J9	喫煙と飲酒	201	J9b	1	0~3	
		毎日喫煙	202	K1a	5	実数	
		飲酒	203	K1b	5	実数	
K	口腔及び栄養状態	K1	身長と体重	204	K2a	1	0,1,1,1,1 1. はい
			身長(cm)	205	K2b	1	0,1,1,1,1 1. はい
			体重(kg)	206	K2c	1	0,1,1,1,1 1. はい
	K2	栄養上の問題	過去30日間に5%以上か180日間に10%以上の体重減少	207	K2d	1	0,1,1,1,1 1. はい
			脱水である、またはBUN/クレアチニン比が20以上	208	K3	1	0~9
			1日1リットル未満の水分摂取	209	K4	1	0~3
			水分排泄量が摂取量を超える				
			栄養摂取の方法				
			経静脈/経管栄養摂取量				

項目		項目名	No.	Code	長さ	選択肢
K5	歯科口腔	義歯使用(取り外しのできる補綴物)	210	K5a	1	0.いいえ 1.はい
		自分の歯が折れている。欠けている、ゆるいほか正常でない	211	K5b	1	0.いいえ 1.はい
		口や顔の痛み/不快感を訴える	212	K5c	1	0.いいえ 1.はい
		口の渇きを訴える	213	K5d	1	0.いいえ 1.はい
		咀嚼困難を訴える	214	K5e	1	0.いいえ 1.はい
		歯に隣接する歯肉の炎症または出血	215	K5f	1	0.いいえ 1.はい
K6	栄養管理(ダイエットタイプの必要)	食物形態の加工(ソフト食、刻み、とろみ等の必要性)	216	K6a	1	0.いいえ 1.はい
		低塩分	217	K6b	1	0.いいえ 1.はい
		カロリー制限	218	K6c	1	0.いいえ 1.はい
		低脂肪	219	K6d	1	0.いいえ 1.はい
		その他	220	K6e	1	0.いいえ 1.はい
L	皮膚の状態	最重度の褥瘡	221	L1	1	0~5
		褥瘡の既往	222	L2	1	0.いいえ 1.はい
		褥瘡以外の皮膚潰瘍	223	L3	1	0.いいえ 1.はい
		重要な皮膚の問題	224	L4	1	0.いいえ 1.はい
		皮膚の裂傷や切り傷(手術創以外)	225	L5	1	0.いいえ 1.はい
		その他の皮膚の状態や変化	226	L6	1	0.いいえ 1.はい
		足の問題	227	L7	1	0~4
M	アクティビティ	活動への平均参加時間	228	M1	1	0~3
		カード、ゲーム、クイズ	229	M2a	1	0~2
M2	好む活動と関与	コンピュータ、インターネット関係	230	M2b	1	0~2
		会話、電話	231	M2c	1	0~2
		創作活動	232	M2d	1	0~2
		ダンス、舞踏	233	M2e	1	0~2
		人生についての議論/回顧(回想法)	234	M2f	1	0~2
		運動	235	M2g	1	0~2
		庭仕事、畑仕事	236	M2h	1	0~2
		他者の手助け	237	M2i	1	0~2
		音楽や歌	238	M2j	1	0~2
		ペット	239	M2k	1	0~2
		読書、執筆	240	M2l	1	0~2
		宗教活動	241	M2m	1	0~2
		旅行や買い物	242	M2n	1	0~2
		屋外の散歩	243	M2o	1	0~2
		テレビ、ラジオ、ビデオ/DVD鑑賞	244	M2p	1	0~2
		料理、お菓子作り	245	M2q	1	0~2
		パズル/クロスワード	246	M2r	1	0~2
		その他1	247	M2s	1	0~2
		その他2	248	M2t	1	0~2
M4	興味・関心	日中寝ている時間	249	M3	1	0~3
		より多くのレクリエーションに参加することに興味がある	250	M4a	1	0.いいえ 1.はい
		転倒予防プログラムに参加することに興味がある	251	M4b	1	0.いいえ 1.はい
		記憶力改善のためのプログラムに参加することに興味がある	252	M4c	1	0.いいえ 1.はい
		身体機能向上プログラムに参加することに興味がある	253	M4d	1	0.いいえ 1.はい

項 目			項目名	No.	Code	長さ	選択肢
N	薬剤	N1	全使用薬剤のリスト				
			薬剤名1	254	N1a1	255	全角入力
			薬剤名2	255	N1a2	255	全角入力
			薬剤名3	256	N1a3	255	全角入力
			薬剤名4	257	N1a4	255	全角入力
			薬剤名5	258	N1a5	255	全角入力
			薬剤名6	259	N1a6	255	全角入力
			薬剤名7	260	N1a7	255	全角入力
			薬剤名8	261	N1a8	255	全角入力
			薬剤名9	262	N1a9	255	全角入力
			薬剤名10	263	N1a10	255	全角入力
			薬剤名11	264	N1a11	255	全角入力
			薬剤名12	265	N1a12	255	全角入力
			薬剤名13	266	N1a13	255	全角入力
			薬剤名14	267	N1a14	255	全角入力
			薬剤名15	268	N1a15	255	全角入力
			1日量 薬剤名1	269	N1b1	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名2	270	N1b2	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名3	271	N1b3	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名4	272	N1b4	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名5	273	N1b5	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名6	274	N1b6	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名7	275	N1b7	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名8	276	N1b8	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名9	277	N1b9	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名10	278	N1b10	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名11	279	N1b11	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名12	280	N1b12	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名13	281	N1b13	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名14	282	N1b14	5	実数(mg, g, ml など)
			1日量 薬剤名15	283	N1b15	5	実数(mg, g, ml など)
			単位 薬剤名1	284	N1c1	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名2	285	N1c2	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名3	286	N1c3	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名4	287	N1c4	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名5	288	N1c5	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名6	289	N1c6	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名7	290	N1c7	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名8	291	N1c8	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名9	292	N1c9	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名10	293	N1c10	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名11	294	N1c11	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名12	295	N1c12	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名13	296	N1c13	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名14	297	N1c14	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
			単位 薬剤名15	298	N1c15	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)

項目			項目名	No.	Code	長さ	選択肢
			経路 薬剤名1	299	N1d1	1	1~4
			経路 薬剤名2	300	N1d2	1	1~4
			経路 薬剤名3	301	N1d3	1	1~4
			経路 薬剤名4	302	N1d4	1	1~4
			経路 薬剤名5	303	N1d5	1	1~4
			経路 薬剤名6	304	N1d6	1	1~4
			経路 薬剤名7	305	N1d7	1	1~4
			経路 薬剤名8	306	N1d8	1	1~4
			経路 薬剤名9	307	N1d9	1	1~4
			経路 薬剤名10	308	N1d10	1	1~4
			経路 薬剤名11	309	N1d11	1	1~4
			経路 薬剤名12	310	N1d12	1	1~4
			経路 薬剤名13	311	N1d13	1	1~4
			経路 薬剤名14	312	N1d14	1	1~4
			経路 薬剤名15	313	N1d15	1	1~4
			回数(頻度) 薬剤1	314	N1e1	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤2	315	N1e2	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤3	316	N1e3	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤4	317	N1e4	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤5	318	N1e5	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤6	319	N1e6	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤7	320	N1e7	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤8	321	N1e8	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤9	322	N1e9	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤10	323	N1e10	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤11	324	N1e11	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤12	325	N1e12	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤13	326	N1e13	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤14	327	N1e14	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			回数(頻度) 薬剤15	328	N1e15	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
			頓用 薬剤1	329	N1f1	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤2	330	N1f2	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤3	331	N1f3	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤4	332	N1f4	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤5	333	N1f5	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤6	334	N1f6	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤7	335	N1f7	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤8	336	N1f8	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤9	337	N1f9	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤10	338	N1f10	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤11	339	N1f11	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤12	340	N1f12	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤13	341	N1f13	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤14	342	N1f14	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			頓用 薬剤15	343	N1f15	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
			薬のアレルギー	344	N2	1	0.なし 1.あり
			処方薬の順守	345	N3	1	0~2, 8

項目			項目名	No.	Code	長さ	選択肢	
0	治療とケアプログラム	01	健診・予防接種	過去1年間の血圧測定	346	O1a	1	0.いいえ 1.はい
				過去5年間の大腸内視鏡検査	347	O1b	1	0.いいえ 1.はい
				過去1年間の歯科検査	348	O1c	1	0.いいえ 1.はい
				過去1年間の眼科検査	349	O1d	1	0.いいえ 1.はい
				過去2年間の聴力検査	350	O1e	1	0.いいえ 1.はい
				過去1年間のインフルエンザワクチン	351	O1f	1	0.いいえ 1.はい
				過去2年間のマンモグラフィか乳房検査(女性のみ)	352	O1g	1	0.いいえ 1.はい
				過去5年間か65歳以降の肺炎ワクチン	353	O1h	1	0.いいえ 1.はい
		02	特別な治療・ケア(過去3日間)	抗がん剤療法	354	O2a	1	0~3
				透析	355	O2b	1	0~3
				感染管理	356	O2c	1	0~3
				経静脈的薬物投与	357	O2d	1	0~3
				酸素療法	358	O2e	1	0~3
				放射線療法	359	O2f	1	0~3
				吸引	360	O2g	1	0~3
				気管切開口のケア	361	O2h	1	0~3
				輸血	362	O2i	1	0~3
				人工呼吸器	363	O2j	1	0~3
				創のケア	364	O2k	1	0~3
			プログラム	トイレ誘導	365	O2l	1	0~3
				緩和ケアプログラム	366	O2m	1	0~3
				体位変換/姿勢保持	367	O2n	1	0~3
		03	過去7日間のサービス 実施回数(A) 合計時間(分)(B)	訪問介護(A)	368	O3aa	2	実数(回数)
				訪問介護(B)	369	O3ab	3	実数(分)
				訪問看護(A)	370	O3ba	2	実数(回数)
				訪問看護(B)	371	O3bb	3	実数(分)
				通所介護・リハ(A)	372	O3ca	2	実数(回数)
				通所介護・リハ(B)	373	O3cb	3	実数(分)
				食事/配食(A)	374	O3da	2	実数(回数)
				食事/配食(B)	375	O3db	3	実数(分)
		04	リハビリテーション 計画日数(A) 実施日数(B) 合計時間(分)(C)	理学療法(A)	376	O4aa	2	実数(日)
				理学療法(B)	377	O4ab	2	実数(日)
				理学療法(C)	378	O4ac	3	実数(分)
				作業療法(A)	379	O4ba	2	実数(日)
				作業療法(B)	380	O4bb	2	実数(日)
				作業療法(C)	381	O4bc	3	実数(分)
				言語療法(A)	382	O4ca	2	実数(日)
				言語療法(B)	383	O4cb	2	実数(日)
				言語療法(C)	384	O4cc	3	実数(分)
				心理療法(A)	385	O4da	2	実数(日)
				心理療法(B)	386	O4db	2	実数(日)
				心理療法(C)	387	O4dc	3	実数(分)
				呼吸療法(A)	388	O4ea	2	実数(日)
				呼吸療法(B)	389	O4eb	2	実数(日)
				呼吸療法(C)	390	O4ec	3	実数(分)
				看護師による機能リハ・歩行訓練(A)	391	O4fa	2	実数(日)
				看護師による機能リハ・歩行訓練(B)	392	O4fb	2	実数(日)
				看護師による機能リハ・歩行訓練(C)	393	O4fc	3	実数(分)

項目		項目名		No.	Code	長さ	選択肢
	O5	受診・入院(過去90日間の回数)	入院	394	O5a	2	実数(回数)
			救急外来(入院に至ったものは含まない)	395	O5b	2	実数(回数)
			医師の診察	396	O5c	2	実数(回数)
			受診(過去14日間の回数)	397	O6	2	実数(回数)
			医師の指示変更	398	O7	2	実数(回数)
	O8	身体抑制	身体抑制	399	O8a	1	0.いいえ 1. はい
			すべてにベッド柵	400	O8b	1	0~5
			体幹部の抑制	401	O8c	1	0~5
			立ち上がりを防ぐ椅子	402	O8d	1	0~5
P	意思決定権と事前指示	P1	意思決定権	403	P1a	1	0.いいえ 1. はい
			任意後見	404	P1b	1	0.いいえ 1. はい
			家族等の代理決定	405	P1c	1	0.いいえ 1. はい
	P2	事前指示	蘇生術をしない	406	P2a	1	0.いいえ 1. はい
			挿管しない	407	P2b	1	0.いいえ 1. はい
			入院しない	408	P2c	1	0.いいえ 1. はい
			経管栄養しない	409	P2d	1	0.いいえ 1. はい
			薬剤制限	410	P2e	1	0.いいえ 1. はい
Q	支援状況	Q1	インフォーマルな援助者(主)主介護者(副)副介護者	411	Q1a1	1	1~9
			本人との関係(副)	412	Q1a2	1	1~9
			同居(主)	413	Q1b1	1	0~2, 8
			同居(副)	414	Q1b2	1	0~2, 8
			IADLの援助(主)	415	Q1c1	1	0.いいえ 1. はい 8. いない
			IADLの援助(副)	416	Q1c2	1	0.いいえ 1. はい 8. いない
			ADL援助(主)	417	Q1d1	1	0.いいえ 1. はい 8. いない
			ADL援助(副)	418	Q1d2	1	0.いいえ 1. はい 8. いない
		Q2	インフォーマル援助者の状況	419	Q2a	1	0.いいえ 1. はい
			インフォーマル援助者(たち)はこれ以上ケアを続けられない	420	Q2b	1	0.いいえ 1. はい
			主なインフォーマル援助者は苦悩、怒り、うつを表現する	421	Q2c	1	0.いいえ 1. はい
			家族や近い友人は利用者の病気によって憔悴している	422	Q3	2	ADLやIADLの援助に費やした時間(h)
			過去3日間のインフォーマルな援助量	423	R1a	1	0.いいえ 1. はい
R	退院・退所の可能性		利用者は地域に戻りたいと/留まりたいと言うか、それを示す	424	R1b	1	0.いいえ 1. はい
			退院・退所に対して、または地域にある住宅の維持に対して積極的な支援者がいる	425	R1c	1	0.いいえ 1. はい
			地域に住む家がある	426	R2	1	0~5
			地域に退院・退所するまでの予測期間	427	S1a	1	0.いいえ 1. はい
S	環境評価	S1	屋内の環境	428	S1b	1	0.いいえ 1. はい
			家の荒廃	429	S1c	1	0.いいえ 1. はい
			不潔	430	S1d	1	0.いいえ 1. はい
			不十分な冷暖房	431	S1e	1	0.いいえ 1. はい
			安全の欠如	432	S2	1	0.いいえ 1. はい
			家や家の中の部屋への手段が制限されている	433	S3a	1	0.いいえ 1. はい
			バリアフリー仕様の住宅に居住	434	S3b	1	0.いいえ 1. はい
		S3	周辺環境	435	S3c	1	0.いいえ 1. はい
			緊急通報、電話回線、緊急アラーム装置など。	436	S4	1	0.いいえ 1. はい
			援助なしで行ける日用品の店がある				
			日用品の配慮を頼むことができる				
			経済状況				

項目			項目名	No.	Code	長さ	選択肢
T	今後の見通しと全 体状況		過去90日間(または前回アセスメント時)におけるケアの目標の達成	437	T1	1	0.いいえ 1. はい
			90日前(または前回アセスメント時)と比較した全体の自立度の変化	438	T2	1	0~2
			悪化する前に自立していたADLの数	439	T3	2	G2a入浴~G2j食事の10項目中該当実数
			悪化する前に自立していたIADLの数	440	T4	1	G1a食事の仕度~G1h外出の8項目中該当実数
			増悪原因の起こった時期	441	T5	1	0~4, 8
U	利用の終了		終了日	442	U1	10	西暦8桁入力
			今後の居住場所	443	U2	2	1~18
			退所後にサービスを受ける予定	444	U3	1	0.いいえ 1. はい
V	アセスメント情報		アセスメント完成日	445	V2	10	西暦8桁入力
W	アセスメント外の情 報(研究として必要 な項目)	W1	ID・事業者番号等				
			ケアマネジャーID	446	W1a	10	10桁
			利用者ID	447	W1b	10	10桁
			連携番号	448	W1c	20	20桁
			法人番号	449	W1d	10	10桁?
			事業種コード	450	W1e	3	2~3桁?
			アセスメント回数	451	W1f	3	実数(回)
			前回アセスメント基準日	452	W1g	10	西暦8桁入力
		W2	CAP				
			CAP_1 身体活動	453	W2a	10	10桁
			CAP_2 IADL	454	W2b	2	0.なし 1.あり
			CAP_3 ADL	455	W2c	2	0.なし 1.あり
			CAP_4 住環境の改善	456	W2d	2	0.なし 1.あり
			CAP_5 施設入所のリスク	457	W2e	2	0.なし 1.あり
			CAP_6 身体抑制	458	W2f	2	0.なし 1.あり
			CAP_7 認知低下	459	W2g	2	0.なし 1.あり
			CAP_8 せん妄	460	W2h	2	0.なし 1.あり
			CAP_9 コミュニケーション	461	W2i	2	0.なし 1.あり
			CAP_10 気分	462	W2j	2	0.なし 1.あり
			CAP_11 行動	463	W2k	2	0.なし 1.あり
			CAP_12 虐待	464	W2l	2	0.なし 1.あり
			CAP_13 アクティビティ	465	W2m	2	0.なし 1.あり
			CAP_14 インフォーマル支援	466	W2n	2	0.なし 1.あり
			CAP_15 社会関係	467	W2o	2	0.なし 1.あり
			CAP_16 転倒	468	W2p	2	0.なし 1.あり
			CAP_17 痛み	469	W2q	2	0.なし 1.あり
			CAP_18 褥瘡	470	W2r	2	0.なし 1.あり
			CAP_19 心肺機能	471	W2s	2	0.なし 1.あり
			CAP_20 低栄養	472	W2t	2	0.なし 1.あり
			CAP_21 脱水	473	W2u	2	0.なし 1.あり
			CAP_22 胃ろう	474	W2v	2	0.なし 1.あり
			CAP_23 健診・予防接種	475	W2w	2	0.なし 1.あり
			CAP_24 適切な薬剤使用	476	W2x	2	0.なし 1.あり
			CAP_25 喫煙と飲酒	477	W2y	2	0.なし 1.あり
			CAP_26 尿失禁	478	W2z	2	0.なし 1.あり
			CAP_27 便秘	479	W2za	2	0.なし 1.あり

