

認定調査票（基本調査）質問シート

調査日 年 月 日 対象者番号 _____ 氏名 _____

1、身体機能・起居動作

* 能力、麻痺、拘縮：概ね1週間でより頻回な状況で選択

(神経または筋肉組織の損傷、疾病等により筋肉の随意的な運動機能が低下または消失した状況)

* 肘を伸ばしたままで肩の高さまで腕を前方や横に持ち上げ止めてください 膝を伸ばして足を水平まで上げ止めてください

1-1 麻痺等の有無 ない 左上肢 (前・横) 右上肢 (前・横) 左下肢 右下肢 その他 (四肢の欠損や四肢以外の麻痺)

* (可能な限り力を抜いた状態で他動的に四肢の関節を動かした時に、関節の動く範囲が著しく狭くなっている状況)

1-2 拘縮の有無 ない 肩関節 (前・横) 股関節 (90° 25cm) 膝関節 (90°) その他 (四肢の欠損や肩股膝以外の拘縮)

* 横たわったまま左右どちらかに体の向きを変えることができますか

1-3 寝返り つかまらないでできる 何かにつかまればできる (自分の体含む) できない

* 寝た状態から自分で上半身を起こすことができますか

1-4 起き上がり つかまらないでできる 何かにつかまればできる (自分の体含む) できない

* 背もたれのないいすに座った状態で、10分間程度保つことができますか

1-5 座位保持 できる 自分の手で支えればできる (自分の体含む) 支えてもらえばできる できない

* 両足で10秒間程度立っていることができますか

1-6 両足での立位保持 支えなしでできる 何か支えがあればできる (自分の体含む) できない

* 立った状態から、5m程度立ち止まらずに歩くことができますか

1-7 歩行 つかまらないでできる 何かにつかまればできる (自分の体含む) できない

* いすやベッドに座った状態から、自分で立ち上がることができますか

1-8 立ち上がり つかまらないでできる 何かにつかまればできる (自分の体含む) できない

* 立った状態から自分で左右いずれかの片足を上げた状態のまま1秒間程度、立っていることができますか

1-9 片足での立位保持 支えなしでできる 何か支えがあればできる できない

◎ふだん浴室で身体をどのように洗っていますか (洗い場や浴槽内で身体を洗う行為を評価)

1-10 洗身 介助されていない 一部介助 全介助 行っていない

◎手や足の爪切りはどのようにされていますか (爪切りの準備や切った爪を捨てるも含む 概ね1ヶ月の状況で 爪がない場合は類似行為で)

1-11 つめ切り 介助されていない 一部介助 全介助

* 新聞や雑誌の字が見えますか (見えない場合は視力確認表を用いる 視野狭窄や視野欠損等も含む)

1-12 視力 普通 (日常生活に支障がない) 約1m離れた視力確認表の図が見える 目の前に置いた視力確認表の図が見える ほとんど見えない 見えているのか判断不能

* 会話をしている支障なく聞き取れますか

1-13 聴力 普通 普通の声がやっと聞き取れる かなり大きな声なら何とか聞き取れる ほとんど聞こえない 聞こえているのか判断不能

2、生活機能

◎介護：介護の方法が異なる場合は概ね1週間でより頻回な状況で選択

◎介護：実際の介護が不適切と判断する場合は適切な介助方法を選択

◎ベッドから車いす等に移る時は、どのようにされていますか (体位変換やシーツ交換も含む 移乗の機会がない場合は、行為が生じた場合を想定し選択)

2-1 移乗 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

◎台所やトイレ、浴室等、日常生活に必要な場所への移動する時は、どのようにされていますか (移動の機会がない場合は、行為が生じた場合を想定し選択)

2-2 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
--------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

ふだん食べ物、飲み込むことができますか（食物の形状によって異なる場合は概ね1週間でより頻回に見られる状況で選択）

2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等（できる・できないに含まれない場合）	<input type="checkbox"/> できない
---------	------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------

◎食事の時に見守りや介助が行われていますか（経管栄養の注入や中心静脈栄養も含む）

2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
----------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

◎排尿はどのようにされていますか（「排尿動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・尿器への排尿）」「陰部の清拭」「トイレの水洗」「トイレ・Pトイレ・尿器等の排尿後の掃除（一括して行う場合も含む）」「オムツ・リハビリパンツ・尿取りパットの交換」「抜去したカテーテルの後始末」）

2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等（常時の付き添いや誘導の声かけ）	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
--------	-----------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

◎排便はどのようにされていますか（「排便動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・排便器への排便）」「肛門の清拭」「トイレの水洗」「トイレ・Pトイレ・排便器等の排便後の掃除（一括して行う場合も含む）」「オムツ・リハビリパンツの交換」「ストーマ袋の準備、交換、後始末」）

2-6 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等（常時の付き添いや誘導の声かけ）	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
--------	-----------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

◎歯磨きや義歯の手入れはどのようにされていますか（「歯ブラシやうがいの水を用意する」「歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備」「義歯をはずす」「うがいをする」）

2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
----------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

◎洗顔はどのようにされていますか（「タオルの準備」「蛇口をひねる」「顔を洗う」「タオルで拭く」「衣服の濡れの確認」（「蒸しタオルで拭く」）洗顔の習慣のない場合は類似行為で評価（入浴後に顔を拭く等）

2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
--------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

◎整髪はどのようにされていますか（「ブラシの準備」「整髪料の準備」「髪をとかす」「ブラッシングする」）類似行為で評価

2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
--------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

◎普段使用の上衣の着脱はどのようにされていますか

2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

◎普段使用のズボン、パンツ等の着脱はどのようにされていますか（ズボンをはかない場合は類似行為で評価）

2-11 ズボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
--------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

1週間にどれくらい外出していますか（概ね過去1ヶ月の状況 1回概ね30分以上の居住地の敷地外へ出る頻度で判断）

2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満
-----------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

3 認知機能

*誰にでも自分の意思（考えていること）を伝えることができますか（日頃の状況で選択）

3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> できない
-----------	--------------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

*起床、就寝、食事等のおおまかな内容について理解ができていますか

3-2 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
--------------	------------------------------	-------------------------------

*生年月日か年齢かいずれか一方を答えることができますか（数日間のずれはできる 2歳までの誤差はできる）

3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	生 歳
----------------	------------------------------	-------------------------------	-----

*調査の直前に何をしていたか（または当日行ったこと）思い出すことができますか

3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
----------	------------------------------	-------------------------------

*自分の姓（旧姓も可）もしくは名前のどちらかを答えて下さい

3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
--------------	------------------------------	-------------------------------

*今の季節を答えて下さい

3-6 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
---------------	------------------------------	-------------------------------

*ここはどこですか（施設・自宅などの区別がつけばできる）

3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
-----------	------------------------------------------------------------

(BPSD関連：概ね1ヶ月の間の状況において頻度に基づき選択)

歩き回る、車いすで動き回る、床やベッド上で這い回る等、目的もなく動き回る行動がありますか

3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------

外出だけでなく、居室や居住棟から出て自室や自宅に戻れなくなることはありますか

3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

4、精神・行動障害 日頃の行動や介護上で何か困ったことや問題がありますか (社会生活上、場面や目的からみて不適當な行動) 実際に盗られていない物を盗られた、自分の食事だけがないと言う等、被害的な行動がありますか

4-1 物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

事実と異なる話 (自分の都合のいいように事実と異なる話、失敗を取りつこうためのありもしない話) をすることがありますか

4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------

悲しみや不安などにより涙ぐむ、感情的にうめくなどの状況が不自然なほど続く、あるいは突然笑い出す、怒り出す等場面や目的からみて不適當な行動がありますか

4-3 泣いたり笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

夜中に何度も目覚めるため疲労や眠気があり日中活動ができない、もしくは昼と夜の生活が逆転していることがありますか

4-4 昼夜の逆転がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

性格や生活習慣から、単に同じ話をするのではなく、場面や目的からみて不適當な行動がありますか

4-5 しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

周囲に迷惑となるような大声を出すことがありますか (性格や生活習慣から声が大きいくではなく、場面や目的からみて不適當な行動)

4-6 大声をだすこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

介護に抵抗 (介護者の手を払う等) することはありますか (単に、助言しても従わない場合は含まない)

4-7 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

施設や自宅にいても「家に帰る」等と言って、落ち着きがなくなる行動がありますか (両方ある場合のみ該当)

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

1人で外に出たがり目が離せないことはありますか (環境上の工夫等で外に出ることがない、歩けない場合は含まない)

4-9 1人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

収集癖の行動がありますか (昔からの性格や習慣で箱や包装紙を集めるのではなく、明らかに周囲の状況に合致しない行動)

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

(実際に壊れなくても破壊しようとする行動も評価、明らかに周囲の状況に合致しない行為、物を捨てる行為も含む)

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

物忘れによって何らかの行動が起こっているか、周囲の者が何らかの対応をとらなければならないような状況がありますか

4-12 ひどい物忘れについて	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

場面や状況とは無関係に (明らかに周囲の状況に合致しない)、独り言を言う、独り笑いをする等の行動が持続したり、突然に現れたりすることがありますか

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

周囲の状況に合致しない自分勝手な行動 (性格的に「身勝手」「自己中心」ではなく、場面や目的からみて不適當な行動) がありますか

4-14 自分勝手に行動すること	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

話の内容に一貫性がない、話題を次々に変える、質問に対し全く無関係な話が続く等、会話が成立しないことがありますか

明らかに周囲の状況に合致しない行動4-15 話がまとまらず、会話にならない ない ときどきある ある**5、社会生活への適応**

◎薬の内服に介助が行われていますか（薬や水を手元に用意する、薬を口に入れる、飲み込むく水を飲ませる）行為）

※内服がない場合は薬剤が処方された場合を想定し、適切な介助の方法を選択 経管栄養のチューブから内服薬を注入する場合も含む

5-1 薬の内服 介助されていない 一部介助 全介助

◎自分の所持金の支出の把握、管理、出し入れをする金額の計算等は自分でされていますか

5-2 金銭の管理 介助されていない 一部介助 全介助

毎日の暮らしの活動（ケアプランの作成への参加、ケアの方法・治療方針への合意、冠婚葬祭式事・町内会行事の参加、見たいテレビ番組・その日の献立・着る服の選択）に関して意思決定ができますか（日頃の状況を選択）

5-3 日常の意思決定 できる 特別な場合を除いてできる 日常的に困難 できない

家族以外の他者の集まりに参加することを強く拒否したり、適応できない等、明らかに周囲の状況に合致しない行動がありますか（意識障害や寝たきりで参加の可能性がない場合はない）

5-4 集団への不適用について ない ときどきある ある

◎食材、消耗品等の日用品を選び（陳列棚から商品を取り）、代金を支払うことができますか

5-5 買物について 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

◎簡単な調理（炊飯、弁当・惣菜・レトルト食品・冷凍食品の加熱、流動食の温め、即席めんの調理、）ができますか

5-6 簡単な調理について 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助**6 過去 14 日間に受けた医療について**

※医師、または医師の指示に基づき看護師等によって実施される医療行為で、急性疾患の対応で一時的に実施される医療行為は含まない（医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみで家族や介護職種の行う類似行為は含まない）

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理（急性期治療は含まない） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析（方法や種類を問わない） <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）の処置（消毒、バッグの取替え等） <input type="checkbox"/> 酸素療法（実施場所は問わない） <input type="checkbox"/> レスピレーター（人工呼吸器）（経口・経鼻・気管切開有無や機種は問わない） <input type="checkbox"/> 気管切開の処置（カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引等） <input type="checkbox"/> 疼痛の看護（ガン末期のペインコントロールに相当する痛みに対し、鎮痛剤の点滴、硬膜外持続注入、座薬、貼付型経皮吸収剤、注射） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経口、経鼻、胃ろう、投薬目的で胃管は該当しない）
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定（血圧 1 時間 1 回以上、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度 24 時間にわたって測定） <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテルの使用、間歇導尿等、尿の排泄のためのカテーテルの使用）

7 日常生活自立度障害高齢者の日常生活自立度 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I II a II b III a III b IV M**概況調査 IV 家族の状況、居住環境（外出困難など日常生活に支障となる環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無**