

# 予防版 MDS-HC

とくに指示がない限り，過去 3 日間で評価する。

## A. アセスメント情報

対象者氏名	
-------	--

アセスメント担当者 氏名	
--------------	--

年度 第 回訪問	アセスメント基準日	平成____年____月____日
年度 第 回訪問	アセスメント基準日	平成____年____月____日
年度 第 回訪問	アセスメント基準日	平成____年____月____日
年度 第 回訪問	アセスメント基準日	平成____年____月____日

## 予防版 MDS-HC アセスメント表

### B. 記 憶

<b>B 1. 記憶を想起する能力</b>	a. 短期記憶：5分前のことが思い出せる,あるいはそのように見える 0. 問題なし                      1. 問題あり <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>B 2. 日常の意思決定を行うための認知能力</b>	a. どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなしとげるか (たとえば,起床や食事すべき時間がわかる,衣服を選ぶことができる,どんな活動をするかがわかる) 0. 自立：首尾一貫して理にかなった判断ができる 1. 限定的な自立：新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある 2. 軽度の障害：特別な状況において,判断力が弱く,合図や見守りが必要 3. 中程度の障害：常に判断力が弱く,合図や見守りが必要である 4. 重度の障害：判断できないか,まれにしか判断できない <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>

### C. コミュニケーション, 聴覚

<b>C 1. 聴 覚</b>	もし使用していれば,補聴器具を使って 0. 十分に聞こえる：通常会話,テレビ,電話,インターホン 1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある 2. 特別な状況でないと聞こえない：はっきりとした話し方をする必要はある 3. 高度に障害,実質的に聞こえない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>C 2. 自分を理解させることができる (伝達能力)</b>	どんな方法を用いて表現してもよい 0. 理解させることができる：容易に考えを表現できる 1. 通常は理解させることができる：十分に時間が与えられていないと,言葉を思い出したり,考えをまとめるのが困難,意図を引き出す必要はない 2. しばしば理解させることができる：言葉を思い出したり,考えをまとめるのが困難.意図を引き出す必要がある 3. 時々理解させることができる：その能力は具体的な欲求に限られる 4. ほとんどまたはまったく理解させることができない <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック





H. IADL(過去7日間)とADL(過去3日間)

H 1. IADL の実施状況：家や地域における日常生活レベルについて

ア. IADL の実施状況 (過去7日間)

- 0. 自立, 自分で行った
- 1. 常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

<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, 料理する, 材料を用意する, 配膳する)	a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 金銭管理	支払い, 家計の収支勘定	c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. 電話の利用	自分で電話をかけたり, 受ける (必要に応じて数字を大きくしたり, 音の拡大装置を使ってもよい)	e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

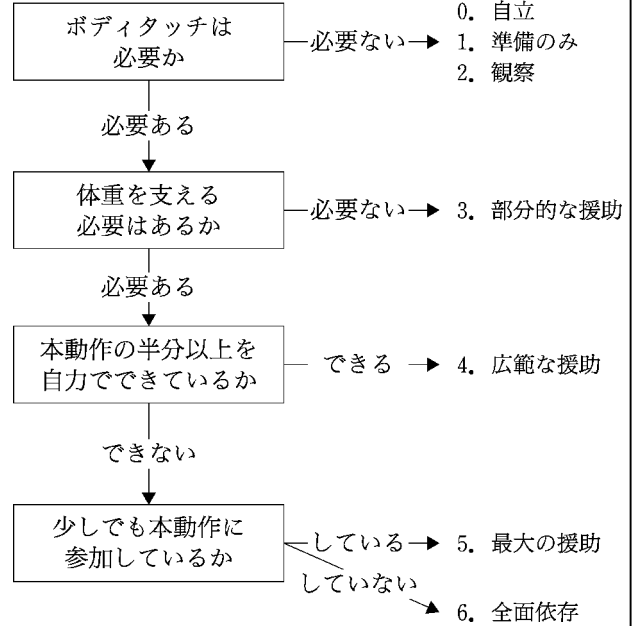
該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

H 2. 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
- 1. 準備のみ：物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
- 4. 広範な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、体重を支える援助（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
- 8. 本動作は1回もなかった（能力にかかわらず）



d. 屋外の移動 どのように屋外を移動するか（車いすなら、車いすに移乗したあと）

g. 食 事 食べたり、飲んだりする（経管栄養を含む）

i. 個人衛生 髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、顔や手を洗う（入浴、シャワーを除く）

j. 入 浴  
(過去7日間) どのように入浴やシャワーや清拭をするか（背中を洗うことと洗髪と移乗は含まない）。身体それぞれの部分（腕、太腿、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うか。（過去7日間における最も依存的な状態）

H 4. 主な移動手段

b. 屋外の移動手段

0. 補助具等は使用していない	3. 電動三輪車（スクーター）
1. 杖、装具	4. 車いす
2. 歩行器、松葉杖	5. 移動しなかった

H 5. 階段昇降 過去3日間において、階段の上り下りをする方法（1段でも数段でも手すりを使ってもよい）

- 0. 他者の援助なしに上り下りする
- 1. 他者の援助によって上り下りする
- 2. 上り下りしなかった

H 6. 健康活動

a. 過去30日間の通常1週間で、家や住んでいる建物の外へ出た頻度（外へ出た時間が短くても良い）

0. 毎日	2. 週に1日
1. 週に2～6日	3. 1日もない

---

b. 過去3日間における体を動かす活動時間の合計（歩く、家の掃除、運動）

0. 2時間以上	1. 2時間未満
----------	----------

該当する番号を1つ選ぶ       該当するものをすべてチェック

I. 排泄(過去7日間)

<p>I1. 尿失禁</p>	<p>a. 過去7日間の尿失禁, 尿がもれていても, 皮膚が濡れていなければ, コントロールとする</p> <p>0. 完全にコントロールできる: カテーテルや採尿する器具を使用していない</p> <p>1. 完全にコントロール・カテーテル使用: カテーテルや採尿する器具を使用して尿がもれていない</p> <p>2. 通常は失禁しない: 週1回以下</p> <p>3. 時々失禁する: 週2回以上だが, 毎日でない</p> <p>4. しばしば失禁する: 毎日失禁の傾向だが, いくらかコントロールが保たれている (例えば日中だけなど)</p> <p>5. 失禁状態: 膀胱のコントロール不十分, 毎日頻回に失禁</p> <p>8. 膀胱から尿の排泄がなかった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
----------------	---

J. 疾患

<p>J1. 疾患</p>	<p>医師の診断を受けていて, 現在の状態に影響している疾患, 治療や症状の管理を要する疾患, 過去90日間において入院理由となった疾患</p> <p>a. 脳血管障害 (脳卒中) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. 冠状動脈疾患 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. 高血圧 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e. 不整脈 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>q. 白内障 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>J2. その他の疾患名</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>

K. 健康状態および予防

<p>K2. 現症</p>	<p>過去3日間のうち2日以上存在した症状をすべてチェック</p> <p>a. 下痢 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. 発熱 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. 食欲不振 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>K3. 現症</p>	<p>過去3日間にみられた症状すべてチェック</p> <p>b. 便秘 (過去3日間排便がない) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. めまい, めまい感 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e. 息切れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

K4. 痛み	a. 痛みの訴えや様子があった頻度 0. 痛みはない (b~e にも 0 を記入) 1. 毎日ではない 2. 1日1回 3. 1日数回 (朝と晩など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. 痛みの強さ 0. 痛みはない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 耐えがたい痛みとなる時もある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. 利用者からみて、痛みは通常の活動に支障をきたしている 0. きたしていない 1. きたしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d. 痛みの箇所 0. 痛みはない 1. 局在する - 1カ所 2. 複数カ所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e. 利用者からみて鎮痛薬が適切に効いている 0. 思っている、あるいは痛みはない 1. 適切に効いていない 2. 痛みはあるが、鎮痛薬を使用していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K5. 転倒頻度	過去90日間に転倒した回数 (9回以上のときは9, ないときは0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K6. 転倒の危険	a. 不安定な歩行	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 転倒を恐れて外出を制限 (バスに乗るのをやめる, 他者と一緒でなければ外出しないなど)	b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K7. 生活習慣	a. 過去90日間にお酒の量を減らしたほうがよいと思ったり, 他者に減らすように言われたり, あるいは他者が本人の飲酒を心配していた	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 毎日, 喫煙	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K8. 健康状態	a. 健康状態がよくないと感じている (質問した場合に)	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 思考, ADL, 気分や行動を不安定にするような病態や症状がある (変動や悪化)	b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K9. その他の状況	a. 家族や現在介護してもらっている者に対して恐れをいっている	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック



## L. 栄養状態

L1. 体重	a. 体重減少が目的でないにもかかわらず、体重減少が過去 30 日間に 5%以上、あるいは過去 180 日間に 10%以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2. 食事摂取	c. 水分摂取の不足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3. 嚥下問題	0. 正常：すべての食べ物を安全で効率的に飲み込める 1. 固形物を飲み込むための食事変更が必要である（粥、刻み食など） 2. 固形物と液体を飲み込むための食事変更が必要（ピューレ、流動食など） 3. 経口摂取と経管栄養を併用 4. 全く経口摂取をしていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## M. 歯および口腔状態

M1. 口腔状態	a. 咀嚼に問題がある c. 歯みがきや入れ歯みがきに問題がある	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## N. 皮膚の状態

N1. 皮膚の問題	問題となるような皮膚の状態やその変化（火傷，打撲，湿疹，かゆみ，疥癬，しらみなどがある）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3. 足の問題	e. うおのめ，たこ，感染症，水虫，変形（足の問題）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## O. 環境評価

O1. 居住環境	居住環境を危険にしている，あるいは住めなくしている次のような要因があれば，該当するものをすべてチェック b. 床の状態（凹凸や段差，電気のコード，固定していないカーペット） c. 浴室やトイレの環境（すべりやすい浴槽，必要であるにもかかわらず手すりがない，水もれ，トイレが外にある，故障している） e. 暖房や空調（冬に寒すぎる，夏に暑すぎる） g. 玄関や玄関先（出入りが困難など）	b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## P. 治療方針の順守

P1. 特別な治療・ケア（過去 7 日間）	0. 予定されていなかった 1. 指示されたとおり完全に守られた 2. 指示されたとおり守られなかった	t	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4. 達成されたケア目標	過去 90 日間に，ケア目標のいずれかが達成された 0. いいえ 2. はい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

Q. 薬剤(過去7日間)

<p>Q1. 薬剤の種類</p>	<p>薬剤の種類の数[毎日でなくとも、1回でも使用したら数に入れる、軟膏、点眼薬や市販薬も含める] (なければ「0」、9つ以上ならば「9」を記入)</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>
<p>Q2. 向精神薬</p>	<p>d. 睡眠薬の服用</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>
<p>Q3. 医学的管理</p>	<p>現在使用中の薬剤を、過去180日間に少なくとも1人の医師が把握した</p> <p>0. 少なくとも1人の医師と相談 (あるいは全く服用していない)</p> <p>1. すべてを把握している医師は1人もいない</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>
<p>Q4. 薬剤のコンプライアンス</p>	<p>過去7日間に、医師によって処方された薬をいつも、あるいはほとんどいつも指示通り服用している</p> <p>0. 常に従う</p> <p>1. 80%以上は従っている</p> <p>2. 80%未満しか従っていない</p> <p>8. 薬剤は処方されていない</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

予防版 MDS-HC CAP 選定表

介護予防版 MDS-HC CAP 選定表

選定する際の条件

○：1つでも該当すればトリガー

☆、△：☆に該当したうえで、そのほかに△に1つ以上該当した場合にトリガー

	1	2	3	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	26	28	29	30
	A	I A D L	健康増進	コミュニケーション	視覚	アルコール	認知	うつと不安	虐待	社会的機能	心肺の管理	脱水	転倒	栄養	口腔衛生	痛みの管理	皮膚と足	順守	もろい支障体制	薬剤管理☆	向精神薬	環境評価	排便の管理	尿失禁
B. 記憶							○																	
C. コミュニケーション・聴覚				○																				
D. 視力、視覚の制限					○																			
E. うつ状態の兆候								○																
F. 社会的機能										○														
										○														
G. 主介護者の有無、IADL援助																								
H. IADLの困難度		○																						
		○																						
IADL自立度		○																						
階段昇降		○																						
健康活動		○																						
健康活動		○																						
I. 尿失禁																								○
J. 疾患（不整脈）											○													
K. 現症（下痢）												○											○	
																							○	
現症（発熱）																							○	
現症（食欲不振）																							○	
現症（便秘）																							○	
現症（めまい）																							○	
現症（息切れ）											○												○	
痛み																							○	
痛み																							○	
転倒の危険性												○											○	
危険な飲酒																							○	
喫煙																							○	
主観的健康観																							○	
介護者への恐れ																							○	
介護者への恐れ																							○	
体重減少																							○	
水分摂取																							○	
水分摂取																							○	
嚥下問題																							○	
嚥下問題																							○	
口腔の問題																							○	
口腔の問題																							○	
皮膚の問題																							○	
皮膚の問題																							○	
足の問題																							○	
居住環境																							○	
居住環境																							○	
順守																							○	
順守																							○	
薬剤の種類																							○	
薬剤の種類																							○	
向精神薬																							○	
向精神薬																							○	
医師の管理																							○	
医師の管理																							○	
薬剤のコンプライアンス																							○	
薬剤のコンプライアンス																							○	

## CAP 検討用紙

対象者名 \_\_\_\_\_ 計画作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

CAPs その具体的状況	ガ イ ド ラ イ ン	
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討(課題を設定する)	ケアの方向性およびケア内容を設定する

## 訪問記録票

訪問日時	年 月 日 ( 回目) AM・PM	時	分	～	時	分	指導員名
氏 名		年齢	歳	特定高齢者内容	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7		

1. 訪問の具体的な目的							
2. 前回合意内容の順守状況と理由							
3. 問題状況の整理				4. 支援内容			
	CAP	選定	本人の状況				
1	ADL/リハ						
2	IADL						
3	健康増進						
5	コミュニケーション						
6	視覚						
7	アルコール						
8	認知						
10	うつと不安						
11	虐待						
12	社会的機能						
13	心肺の管理						
14	脱水						
15	転倒						
16	栄養						
17	口腔衛生						
18	痛みの管理						
20	皮膚と足						
21	順守						
22	もろい支援体制						
23	薬剤管理						
26	向精神薬						
28	環境評価						
29	排便の管理						
30	尿失禁						
6. 次回の訪問目的		7. 関係機関との連携			5. 本人が合意した内容		
					8. その他		