

インターライ方式による アセスメントと ケアプラン立案の方法

2023年度

医療法人心 坂の上ファミリークリニック湖西
(看護師・介護支援専門員)

山下 いづみ





ファミリークリニック



主に訪問診療等の在宅医療に
取り組んでいるクリニックです。

Q&A

こんな時…
どうしたらいいですか？

身体が弱くなってしまって、
通院がむずかしくなりました。

自宅へ医師が訪問し、診療を行う方法があります。具体的な手順を説明いたしますので、気軽にお電話でお問い合わせください。

通院する予定ですが、
点滴などの医療処置が必要となっています。
自宅でも病院と同じように処置ができますか？

必要とされる治療や処置について幅広く対応可能です。ご自宅の場合は、方法の工夫が必要になる時がありますので、入院先の医療機関とも相談しながら対応いたします。

自宅で療養を継続するために、
医師の訪問以外に必要なことはありますか？

医師以外の在宅医療を支える専門職と連携して対応します。また福祉サービスの利用も含め、各種制度の活用が必要な場合もありますので、ケースごとに専門機関と相談、対応いたします。



坂の上ファミリークリニック湖西

診療科目 緩和ケア内科・内科
外科・循環器内科・小児科

診療日 月～金曜日

診療時間 9:00～16:00

TEL 053-575-1640

〒431-0431
湖西市荒津5354 荒津駅前ビル1階
FAX.053-575-1641

外来 訪問 入院 入院・入居 等

さまざまなサポートがあります。
必要に応じて、連携して対応いたします。

外来・訪問診療

坂の上ファミリークリニック

外来・訪問診療・入院

(有料診療所)

坂の上在宅医療支援病院

訪問看護

坂の上訪問看護ステーションあさきもち

入院・入居

(介護老人保健施設)

坂の上ろうけん生馬野

(有料老人ホーム)

坂の上メディガーデン半田山

坂の上ガーデン亭

自宅で療養している皆様の

サポートしている皆様の

安心して暮らせる地域社会を

私たちが支えます

医療法人社団 心
診療案内

坂の上ファミリークリニック湖西

2023年 (予定)
4/1開院

在宅医療

ご本人の想いを大切に、
住み慣れた暮らしを続けることができるようにサポートいたします。
同時に、ご本人を支える皆様の想いも大切に支えていきます。

ご利用対象

- 医療機関への通院が困難な方
- 退院後、自宅療養に不安をお持ちの方
- 在宅での療養を希望される方
- 認知症や寝たきりの方
- がん、難病等で自宅療養中の方
- 胃ろうやカテーテル等を使用している方

ご利用の流れ

お問い合わせ

面談・契約

在宅医療のメニューを説明・
相談します。ご都合を伺い、
初診訪問日を決定します。

訪問診療の開始



お問い合わせ

◎ かかりつけ医がある場合は、事前に相談のうえ、お問い合わせいただけると助かります。

TEL 053-575-1640 FAX 053-575-1641

（受付受付） 月～金曜日（祝日除く） 9:00～17:00
（受付受付） 土・日曜日（祝日除く） 9:00～17:00

訪問診療

ご自宅に医師が訪問し、
外来や入院と同じような医療が受けられます。

診療 各種検査 薬の処方 処置 予防接種 人工呼吸器 痛みの緩和

〔訪問診療で実施できること〕

● 診察

定期的に自宅等に医師が訪問し診察します。
訪問の頻度は、病状が安定している場合は月2回程度です。
病状に合わせて相談しながら個別に決定します。

● 各種検査

採血/尿検査 超音波・血液検査・心電図など

● 薬の処方

訪問時に医師が処方箋を作ります。

● 処置

点滴・輸血・胸腔や腹腔などの穿刺（胸水や腹水の除去）・
褥瘡（褥瘡処置）・縫合などの外科処置など

● 予防接種

インフルエンザ・肺炎球菌など

● 人工呼吸器・在宅酸素療法

人工呼吸器・酸素濃縮装置

● 痛みの緩和

医療用麻薬による慢性疼痛、慢性疼痛の管理
（身体的な痛みだけでなく、心のケアもお手伝いします。）

地域に広げる心の輪
地域の皆様と共に。



代表法人社長
理事長 小野宏志

医療法人社団心は、医療や介護が必要になっても住み慣れた自宅や地域で過ごしたいと望む皆様に、これまでの暮らしを続けながら安心して療養生活を送っていただきたいと考えています。「坂の上ファミリークリニック関西」では、地域の各医療機関・介護事業所と連携し、皆様の療養生活をサポートします。いつまでも住み慣れた地域で暮らしたい気持ちを応援し、安心して暮らせる地域社会の発展に貢献できればと願っております。

施設連携

当法人の入院施設や総合病院と連携しておりますので
必要に応じてご紹介いたします。
またご希望される場合はホスピスのご紹介も可能です。

市内の病院・クリニックなどとも協力して住診いたします。

医療費は基本的に保険診療です

医療保険や介護保険についてわかりやすくご説明します。
以下は実費になりますのでご了承ください。
◎交通費 ◎各種証明書発行 ◎予防接種（一部公費）等

安心の24時間対応、まずはご相談を

ご家族やサポートされる皆様と相談の上、ご本人の状態に合わせて
医師が訪問診療、必要に応じて、訪問看護やケアマネジャーも関わります。
緊急の場合は看護師または医師によって24時間対応します。

本日のお話



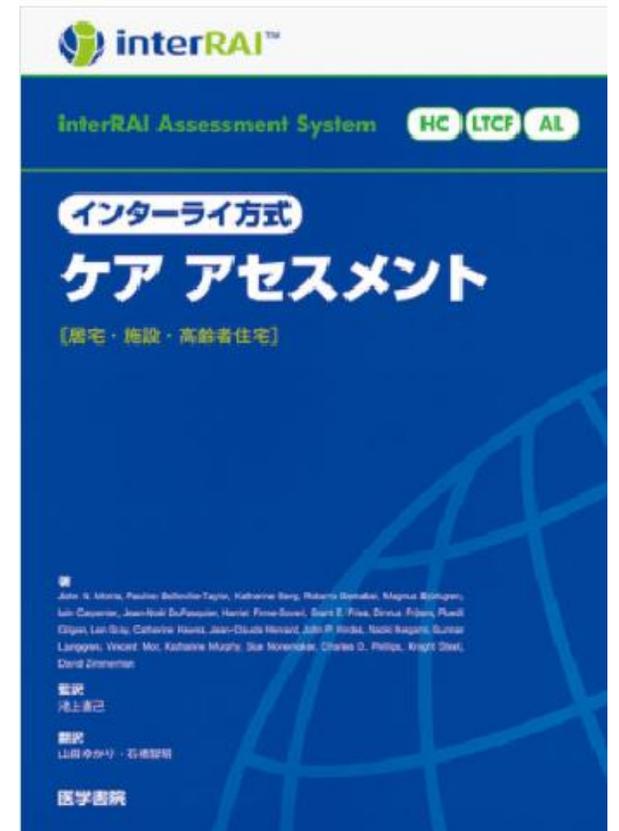
- インターライ方式開発の経緯
- インターライ方式の構造とケアプラン
- ケアプラン作成のプロセス
- 事例を活用して、アセスメントの実施
(ソフト入力を含む ➡ PC画面で説明します)

参考資料

- インターライ方式による、ケアプラン作成の方法事例演習は、この資料の中にあります。

- インターライ方式 ケアアセスメント
(発行: 医学書院)
本体3,800円+税

『MDS2.0在宅ケア』と『MDS2.1施設ケア』の発展版であり、2冊にさらに新たに『高齢者住宅版』を加えて、日本の地域包括ケアのニーズに応えるため、日本独自の統合版マニュアルとして発行。

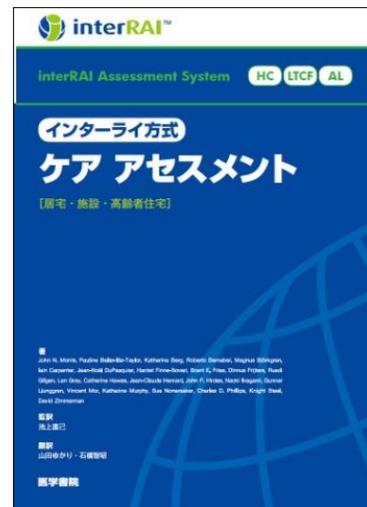


公式テキスト



インターライ方式の公式テキストは医学書院から出版されています

『インターライ方式ケアアセスメント（医学書院）』



インターライ方式 ケア アセスメント
居宅・施設・高齢者住宅
著：John N. Morris／ほか
監訳：池上 直己
翻訳：山田 ゆかり／石橋 智昭

判型 A4
頁 368
発行 2011年12月
定価 本体3,800円+税)
ISBN978-4-260-01503-5

医学書院ウェブサイトへ

インターライ方式開発の経緯（講義資料P.3）

- MDS、RAPs 長期施設のためのアセスメントツール（施設版）
1991年より、全米のナーシングホームでは義務化
- MDS-HC CAPs（1996年）
- インターライアセスメントシステムの開発

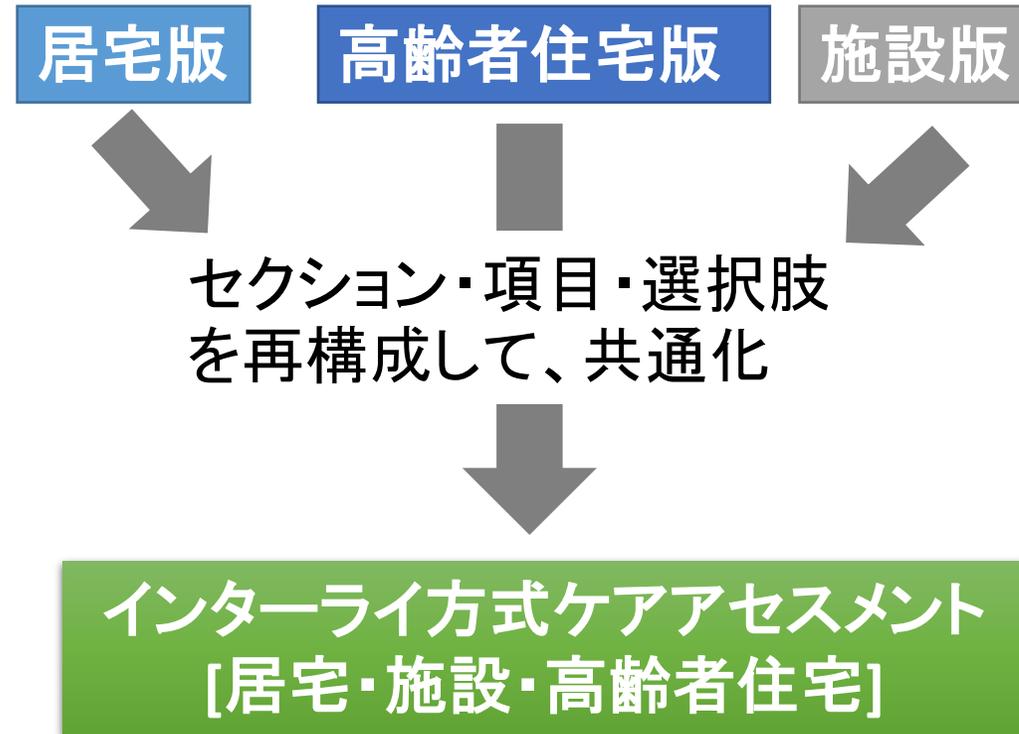


インターライの各版 (公式テキスト P.367)

- インターライ居宅ケア版(HC)
- インターライ高齢者住宅版(AL)
- インターライウェルネス版(WELL)
- インターライ急性期版(AC)
- インターライ精神保健版(MH)
- インターライ知的障害版(ID)
- インターライ初回面接版(CA)
- インターライ自己申告QOL版(QOL)
- インターライ介護保険施設版(LTCF)
- インターライ地域保健版(CHA)
- インターライ亜急性期版(PAC)
- インターライ終末期版(PC)
- インターライ地域精神保健版(CMH)
- インターライ更生施設の精神保健版(CF)
- インターライ精神科救急スクリーニング版(ESP)

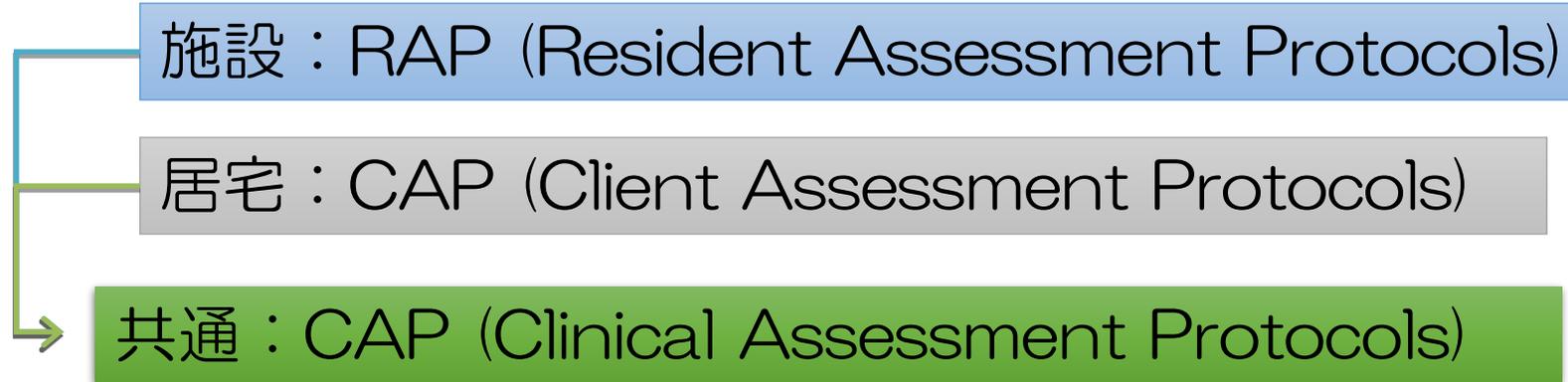
赤字は、公式テキストに収録

アセスメント項目の共通化



利用者が様々な場面に移っても、同じアセスメント項目によって評価できる

CAPの一本化と精緻化



- 世界12カ国の34万人の利用者の状態変化(アウトカム)のデータに基づいてCAPの選定(トリガー)基準を精緻化
- トリガーのレベルを(可能な限り)2つ以上設け、介入の目標を明確化

3段階
の例

- ① 問題が解決する
- ② 悪化の危険性が低減する
- ③ 改善の可能性が高まる

インターライ方式の構造とケアプラン

(講義資料 P.6)

- インターライ方式が目指すケアプラン
 - 1) ケア目標の明確化 自立の姿 ケアの方向性 予防策
 - 2) 判断基準や根拠をもって提示
 - 3) 職種を越え共通言語、多様なスタッフが共通理解
(多職種の推進)

インターライによるケアプラン作成の プロセス（講義資料 P.12）

- ステップ1～ステップ5までのプロセスが示されています。
- 本日の講義では、ステップ4までのプロセスを、皆さんと一緒に演習していきます。

具体的なケアプラン作成のために



- ▶ アセスメント結果から**エビデンス**に基づいてケアプランを作成するためには…

- * 集めた情報の意味を考えながらケアプラン作成に「必要な情報」と「不要な情報」に分ける。

(必要不要の理由についても考える)

- * 「必要な情報」を「原因」「危険性・改善の可能性の予測」を含め、検討する。**(情報の分析)**

- * 課題の焦点を明確にする。**(課題分析)**

- * 情報の分析結果より、**達成可能な目標**を設定する。

- * 利用者・家族の意向を踏まえ、サービス内容の提案を行い、
利用者の自己選択・自己決定を促す。



必要な情報とは

- 現在の生活に影響している健康状態（具体的な症状、痛み、服薬の状況など）
- 日常生活に支障を来たしている事柄（自分ではできないこと、介助を受けていること、機能が低下している状態など）
- 本人、家族（介護者）の意向（希望、要望、不安、困りごと、大切にしている事を含む）
- 介護の状況、居住環境の危険箇所

*この時点で「問題あり」ではない。「**要検討事項**」

STEP1 アセスメント表の記入



- A～Vまでの、アセスメント表の構成概観 P.145～ 総合版
- アセスメントの留意点(講義資料 P.13～)
- 面接技法を磨く

* 補足: 効果的な質問

頭のいい質問「すぐできる」コツ 鶴野充茂著 三笠書房 より

「何を聞くか」で、仕事の成否の90%が決まる

質問の目的をしっかりと持つ

相手に対する興味

質問を繰り返すことで、相手の気が付かないニーズを引き出す

アセスメントのこつ （公式テキストP.12）
お手元にある方は、参照してください。



・インターライ・アセスメントの使いかたより

アセスメント時の心得

アセスメントの進め方

アセスメントになれるために

講義資料は、 P.14～P.16 参照

アセスメント時の心得

・公式テキストより、一部抜粋 （面接技法も参考にしてください）

① 訪問の目的の明確化

② 現在障害されている、あるいは今後障害されそうな機能的・医学的・社会的な問題を明らかにする

⇒ 予防的視点

③ 利用者の強み、もっている能力を明確化する

⇒ 自立支援

④ 利用者が気づいていない、あるいは満たされていないニーズについて、更なる評価の基礎をつくる

⇒ 潜在的なニーズ把握

アセスメントの進め方

- 挨拶代わりにの質問や、そのやり取りで優先すべきアセスメント項目を判断していくなどの方法が提案されている。

アセスメントに慣れるために

- アセスメント表の確認。
- 記入要項の確認

「何をきくか」に、 アセスメント表やCAPsを活用する



講義資料 P.7

- CAP(ケア指針)一覧
- アセスメント表の構成
記入要項を参照する。(公式テキストP.63)
ソフトにも、要項が掲載されています。

インターライ・クラウドを使用する

インターライ・クラウドを体験できます。

Section1. ログインする

1. インターネットに接続し、ブラウザを起動しましょう。アドレスバーに、以下のURLを入力します。

<https://interrai.aspicjapan.org/assessment/view/index.html>



① URL を入力します。

2. 以下の研修用IDとパスワードを入力します。入力が終わったらログインボタンをクリックします。**※パスワードは絶対に変更しないでください。**他の人がログインできなくなります。

ID : 11a39kenshyu6 パスワード : uqnd2848

お試し用 URL、ID、パスワード
(3月末日まで有効)



① 利用者 ID を入力します。

ログインすると、トップ画面がでてきます。

インターライ方式 ケア アセスメント

利用者一覧・アセスメント

空帳票一覧

利用者一括登録

所属事業所の変更

利用者情報を新規入力する

利用者一覧

事業所番号は、このまま利用していただき、
変更しないでください。

連携番号	<input type="text"/>	完全一致
氏名	<input type="text"/>	漢字、カナの部分一致検索。
事業所番号	<input type="text" value="9999939"/>	完全一致
事業所名	<input type="text"/>	部分一致検索
被保険者番号	<input type="text"/>	完全一致
中止利用者を含む	<input type="checkbox"/>	中止利用者を検索に含める場合に チェックして下さい
<input type="button" value="一覧表示する"/>		<input type="button" value="新規利用者作成"/>
		<input type="button" value="CSV一覧"/>

連携番号	氏名	性別	要介護度	事業所	保険者番号 被保険者番号	[操作]
------	----	----	------	-----	-----------------	------

[ページのトップへ移動](#)

[利用者一覧に戻る](#)[保存する](#)

利用者編集

連携番号	<input type="text"/>	介護ソフト内と連携する為の番号を入力して下さい。
氏名【必須】	<input type="text"/>	全角50文字まで
氏名フリガナ【必須】	<input type="text"/>	カナ英数で100バイト（全角50文字）まで
生年月日	-- ▾ -- ▾ 年 -- ▾ 月 -- ▾ 日	
性別【必須】	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
事業所番号	<input type="text" value="9999939"/>	半角英数10文字まで
事業所名	<input type="text" value="研修HIT6"/>	全角50文字まで
保険者番号【必須】	<input type="text"/>	半角英数10文字まで
被保険者番号【必須】	<input type="text"/>	半角英数10文字まで
要介護度	現在有効の認定結果はない ▾	
状態【必須】	<input checked="" type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 中止	

トップメニュー

利用者一覧に戻る

保存する

削除する

利用者編集

新規登録しました。

連携番号	<input type="text" value="20210118"/>	介護ソフト内と連携する為の番号を入力して下さい。
氏名【必須】	<input type="text" value="Aぐんまちゃん"/>	全角50文字まで
氏名フリガナ【必須】	<input type="text" value="Aグンマちゃん"/>	カナ英数で100バイト（全角50文字）まで
生年月日	昭和 <input type="text" value="5"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="--"/> 日	
性別【必須】	<input type="radio"/> 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性	
事業所番号	<input type="text" value="9999939"/>	半角英数10文字まで
事業所名	<input type="text" value="研修HIT6"/>	全角50文字まで
保険者番号【必須】	<input type="text" value="11111"/>	半角英数10文字まで
被保険者番号【必須】	<input type="text" value="0123456789"/>	半角英数10文字まで
要介護度	<input type="text" value="要介護 2"/>	
状態【必須】	<input checked="" type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 中止	

利用者一覧

連携番号	<input type="text"/>	完全一致
氏名	<input type="text"/>	漢字、カナの部分一致検索。
事業所番号	<input type="text" value="9999939"/>	完全一致
事業所名	<input type="text"/>	部分一致検索
被保険者番号	<input type="text"/>	完全一致
中止利用者を含む	<input type="checkbox"/>	中止利用者を検索に含める場合にチェックして下さい
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 一覧表示する 新規利用者作成 CSV一覧 </div>		

編集で、
入力画面の
修正・確認が
できる

連携番号	氏名	性別	要介護度	事業所	保険者番号 被保険者番号	[操作]
20210118	Aぐんまちゃん Aグンマチャン	女性	要介護2	9999939 研修HIT6	111111 0123456789	編集 アセスメント 計画書

利用者情報の編集



研修HIT6 研修HIT6 ログアウト

トップメニュー

利用者一覧に戻る

保存する

削除する

利用者編集

連携番号	<input type="text" value="20210118"/>	介護ソフト内と連携する為の番号を入力して下さい。
氏名【必須】	<input type="text" value="Aぐんまちゃん"/>	全角50文字まで
氏名フリガナ【必須】	<input type="text" value="Aグンマちゃん"/>	カナ英数で100バイト（全角50文字）まで
生年月日	-- 年 -- 月 -- 日	
性別【必須】	<input type="radio"/> 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性	
事業所番号	<input type="text" value="9999939"/>	半角英数10文字まで
事業所名	<input type="text" value="研修HIT6"/>	全角50文字まで
保険者番号【必須】	<input type="text" value="11111"/>	半角英数10文字まで
被保険者番号【必須】	<input type="text" value="0123456789"/>	半角英数10文字まで
要介護度	要介護2	
状態【必須】	<input checked="" type="radio"/> 利用中 <input type="radio"/> 中止	

実習のために
入力した場合、
印刷し終わったら、
削除しておく。

登録画面 登録が終わると、一覧表に掲載される



研修HIT6 研修HIT6 ログアウト

トップメニュー

利用者一覧

連携番号	<input type="text"/>	完全一致
氏名	<input type="text"/>	漢字、カナの部分一致検索。
事業所番号	<input type="text" value="9999939"/>	完全一致
事業所名	<input type="text"/>	部分一致検索
被保険者番号	<input type="text"/>	完全一致
中止利用者を含む	<input type="checkbox"/>	中止利用者を検索に含める場合にチェックして下さい
<input type="button" value="一覧表示する"/>		<input type="button" value="新規利用者作成"/>
<input type="button" value="CSV一覧"/>		

アセスメント
入力画面へ
進む

連携番号	氏名	性別	要介護度	事業所	保険者番号 被保険者番号	[操作]
20210118	Aぐんまちゃん Aグンマチャン	女性	要介護 2	9999939 研修HIT6	111111 0123456789	編集 アセスメント 計画書

トップメニュー

アセスメント一覧

利用者：Aぐんまちゃん 様

利用者一覧に戻る

アセスメント新規作成

選択アセスメントを削除

種別	アセスメント基準日	状態	アセスメント担当者	アセスメント完了日	[操作]
----	-----------	----	-----------	-----------	------

アセスメント
新規入力
します

事例を使用した演習（講義資料P.39～）

- 講義資料 P.39

事例の概要とアセスメントの場面

- 講義資料 P.40

C子さんのプロフィール

- 講義資料 P.41

アセスメント情報

アセスメント項目に添って整理されています。

アセスメント作成

利用者：Aぐんまちゃん 様

アセスメント項目を入力画面が
開きます

アセスメント一覧に戻る

アセスメントを作成する

アセスメント	<input checked="" type="radio"/> 居宅版 <input type="radio"/> 施設版 <input type="radio"/> 高齢者住宅版	※選択内容によってアセスメントできる項目を 限定するものではありません。
基準日	<input type="text" value="2014/07/21"/>	

アセスメント基準日を入力すると、
アセスメント項目を入力画面に進む
ことができます。

居宅版のアセスメント編集画面

アセスメント総合（居宅版） [一時保存]

利用者：Aぐんまちゃん 様

一覧に戻る

確定保存する

印刷帳票は確定保存後ご利用いただけます

アセスメントメニュー

A 基本情報	B 相談受付表	C 認知	D コミュニケーションと視覚
E 気分と行動	F 心理社会面	G 機能状態	H 失禁
I 疾患	J 健康状態	K 口腔および栄養状態	L 皮膚の状態
M アクティビティ	N 薬剤	O 治療とケアプログラム	P 意思決定権と事前指示
Q 支援状況	R 退所の可能性	S 環境評価	T 今後の見通しと全体状況
U 利用の終了	V アセスメント情報		
	CAPサリ-表を印刷する		CAP検討・課題整理

トップメニュー

アセスメント一覧

利用者：Aぐんまちゃん 様

利用者一覧に戻る

アセスメント新規作成

選択アセスメントを削除

	種別	アセスメント基準日	状態	アセスメント担当者	アセスメント完成日	[操作]
<input type="checkbox"/>	居宅版	2014/07/21	一時保存	研修HIT6		コピー 編集

ページのトップへ移動

アセスメント入力を一時保存した場合は、この編集画面から再開する

各項目に入力する



トップメニュー

記入要綱

アセスメント表

利用者：Aぐんまちゃん 様

保存する

総 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V

A 基本情報

(A1) 氏名

居宅

施設

高齢者

Aぐんまちゃん

自由記述もできます。メモとして記入する

送付印刷

(A9) アセスメント基準日

居宅

施設

高齢者

memo

※西暦で記入して下さい(例：2012/04/15)

2014/07/21

(A10) 本人の

居宅

施設

メモ

以前のように、病院や買い物に行けるようになること

確定

(A11) アセス

居宅

高齢者

◎ 1 自分の家／アパート／賃貸の部屋

「memo」を開けて、入力すると、まとめてメモ欄に記載されていく
確定でメモ欄に保存される

居宅版では不要な項目もあります。

(B6) 入所直前と通常の居住場所

B6a | 入所直前の居住場所

施設 入力欄を開く

memo

B6b | 通常の居住場所

施設 入力欄を開く

memo

(B7) 入所前の同居形態

施設 入力欄を開く

memo

(B8) 精神疾患歴

施設 入力欄を開く

memo

入力不要な項目があると、番号が続きません

(C2) 記憶を想起する能力

C2a | 短期記憶

居宅 **施設** **高齢者** **認知尺度** memo

5分前のことを思い出せる、あるいはそのように見える

0 問題なし

1 問題あり

選択解除

C2b | 長期記憶

施設 入力欄を開く

C2c | 手続き記憶

居宅 **施設** **高齢者** memo

段取りを踏んで行うべきことを合図がなくても初めから手順を踏んでほとんどすべてできる。

0 問題なし

1 問題あり

入力ミス

アセスメント表

利用者：Aぐんまちゃん（実務用）様

保存する

総 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V

K 口腔および栄養状態

"K1A" : 入力(1 4 5)は適切な値ではありません。

"K1B" : 入力(4 0)は適切な値ではありません。

(K1) 身長と体重

K1a | 身長 (cm)

居宅

施設

高齢者

memo

1 4 5

別画面が開きます

セクションG 機能状態

G1. IADLの実施状況と能力施設版にはない

《目的》

自立生活と最も関連する機能分野を調べる(手段的日常生活能力, IADL).

《定義》

G1a. 食事の用意 どのように食事が用意されるか(献立を考える, 材料を用意する, 調理する, 配膳する). この項目を立てる利用者の能力についてアセスメントするべきである. たとえば, もし朝と昼は菓子パンとジュース, 夕食はの項目は自立となる.

G1b. 家事一般 どのように通常の家事が行われているか(たとえば皿洗い, 掃除, 布団の上げ下げ, 整理整頓,

G1c. 金銭管理 どのように請求書の支払いをし, 貯金残高を管理し, 家計の収支勘定をし, クレジットカードの管理

G1d. 薬の管理 どのように薬剤を管理しているか(たとえば, 薬の時間を思い出す, 袋や薬のケースを開ける, 1 など).

G1e. 電話の利用 どのように電話をかけたり, 受けるか(必要に応じて数字部分を大きくした電話機を使ったり, 音

G1f. 階段 1階分の階段(12~14段)を上り下りできるか. 半分まで(2~6段)しかできない場合, 自立とは得ない.

G1g. 買い物 どのように食べ物や日用品の買い物をしているか(物を選び, お金を支払う). この項目には店まで

G1h. 外出 どのように公共交通機関を使ったり(垂換や運賃の支払い) 自分の運転(家から出て 車の出入

記入要項

講義資料P.49 マニュアル P.109

セクションG 機能状態 (G1. IADLの実施状況と能力施設版にはない)

《目的》

- 自立生活と最も関連する機能分野を調べる(手段的日常生活能力, IADL).

《定義》

- G1a. 食事の用意 どのように食事が用意されるか(献立を考える, 材料を用意する, 調理する, 配膳する).
この項目は, 食事の質や栄養価を問わず, 食事を組み立てる利用者の能力についてアセスメントすべきである.
たとえば, もし朝と昼は菓子パンとジュース, 夕食はカップラーメンを援助なしに用意していたら, この項目は自立となる.
- G1b. 家事一般 どのように通常の家事が行われているか(たとえば皿洗い, 掃除, 布団の上げ下げ, 整理整頓, 洗濯など).
- G1c. 金銭管理 どのように請求書の支払いをし, 貯金残高を管理し, 家計の収支勘定をし, クレジットカードの管理をしているか.
- G1d. 薬の管理 どのように薬剤を管理しているか(たとえば, 薬の時間を思い出す, 袋や薬のケースを開ける, 1回服用量を取り出す, 注射を打つ, 軟膏を塗るなど).
- G1e. 電話の利用 どのように電話をかけたり, 受けるか(必要に応じて数字部分を大きくした電話機を使ったり, 音の拡大装置など使ってもよい).
- G1f. 階段 1階分の階段(12~14段)を上り下りできるか. 半分まで(2~6段)しかできない場合, 自立とはしない.
- G1g. 買い物 どのように食べ物や日用品の買い物をしているか(物を選び, お金を支払う). この項目には店までの移動は含めない.
- G1h. 外出 どのように公共の交通機関を使ったり(乗換や運賃の支払い), 自分の運転(家から出て, 車の出し入れも含む)によって外出するか

《記入》

- それぞれの項目に対して2つの側面から回答する.

(A) 実施 過去3日間に利用者自身がどの程度それぞれのIADLを実施したか. できるかもしれないという判断に基づかないこと.

(B) 能力 その活動を実施する仮定の能力に基づく. これはアセスメントする者の推測が必要である.

- 技術や経験がないために, ある活動をしていないが, 適切な訓練を受ける機会があればできる能力があるかもしれない. したがって, (健康上の問題で)能力が障害されたために自分でやっていないことと, その他の要因で(健康上の問題と関係なく)やっていないことを区別することが重要である. たとえば, 調理をしたことがない男性や金銭管理をしたことがない女性がいる. ときに自立してできるが, そうでない活動もある. まず, その活動を本人が実際にしているのかを判定し, そうでなければ, それを実施する能力があるか評価する.
- 0 自立 援助も準備も見守りも必要ない
- 1 準備のみ
- 2 見守り 実施時の見守り／合図が必要
- 3 限定された援助 ときに援助が必要
- 4 広範囲な援助 活動を通して援助が必要であるが, そのうち50%以上は自分で実施する
- 5 最大限の援助 活動を通して援助が必要であり, 自分で実施しているのはそのうち50%未満である
- 6 全面依存 アセスメント期間内すべて他者にやってもらった
- 8. 本活動は1度も行われなかった アセスメント期間内. 注:実施ではあり得るが, 能力の欄にはこの選択肢はない

G2 ADL アセスメント項目

- 0 自立 援助も準備も見守りも必要ない
- 1 準備のみ
- 2 見守り 実施時の見守り／合図が必要
- 3 限定された援助 ときに援助が必要
- 4 広範囲な援助 活動を通して援助が必要であるが、そのうち50%以上は自分で実施する
- 5 最大限の援助 活動を通して援助が必要であり、自分で実施しているのはそのうち50%未満である
- 6 全面依存 アセスメント期間内すべて他者にやってもらった
- 8. 本活動は1度も行われなかった アセスメント期間内. 注: 実施ではあり得るが、能力の欄にはこの選択肢はない

FIM (Function Independence Measure) と連動しています。

J6. 痛み 講義資料 P.53 マニュアル P.137

注：常に利用者に頻度，程度，コントロールについて尋ねる．利用者と観察し，利用者と接する周囲の人に聞く．

《目的》

- 痛みの頻度と程度を記録する．この項目は，痛みの有無の把握にも，痛みがケアに対してどう反応しているかを経過観察することにも使うことができる．多くの人は痛みがあるにもかかわらず，コントロールが不十分であるか，全くコントロールされていない．とくに慢性の，がんと関連しない痛みは，見過ごされがちである．最大の理由は，多くの人は痛みは年のせいであり，痛みはなくならないと間違っ信じていることである．
- 痛み：“不快な感覚的情動的体験”であり，通常は実際もしくは潜在的な組織の損傷を伴う

《方法》

- 痛みは非常に**主観的**である。 **利用者が言った通り**である。 痛みがあることやその程度を測る客観的なマーカーやテストは存在しない。 利用者が経験することは、基底にある組織損傷の種類や程度とは比例しないこともある。 慢性的な痛みは原因を特定できないこともある。 しかしながら、たとえ原因がわからなくても、本人が拒否しない限り、痛みは常に手当てされるべきである。
 - 最も正確で信頼できる痛みの存在を示す証拠は、本人があなたに言うことである。 認知症がある場合であっても、痛みの自己報告は信頼性があるととらえるべきである。
 - しかし、単純に「痛みがありますか」と聞いただけでは、本当の答えは得られないことがある。 それは、「痛み」というものが、たとえば、手術の後や足首をひねったときの激しい痛みのことを言うものだと思っていることがあるからである。 たとえば、ある女性は足に傷があり、車椅子からトイレに移るときに痛むが、ほとんどの時間は支障がない。 この場合彼女は、痛みがあることを否定するであろう。 また、痛みは「痛む」だけでなく、“つらい”、“焼けつくような”、“電気が走るような”“しめつけられるような”“重くのしかかるような”“じんじんひりひりする”“ずきずきする”“さされるような”、感じがするということもある。 利用者が痛みがあると表明したら、次はそのコントロールの程度を聞く。
 - もし利用者がどんなタイプの痛みの感覚を経験しているのか話すことができないのであれば、
 - うめく、顔をしかめる、よけようとする、など痛みがあることを示す行動を観察する。
- 痛みの存在を見分けるのが困難な人たちもいる。
- 例えば、認知症の人は、大きな声を出すなど特殊な行動によって痛みを示すかもしれないが、痛みがあることを言葉では表現できないことがある。 これらの行動は痛みだけを示しているわけではないが、アセスメント担当者はその行動は痛みが続いて起こっているか、（アセスメントを通じて）判断を下す必要がある。
- 必要時、利用者と頻繁に接触する人に、利用者が過去3日間痛みを訴えたか、あるいは痛みを示す行動があったか尋ねる。 しかし、痛みの頻度や程度に関して最初に尋ねるべきなのは、本人である

J6a. 痛みの頻度

痛みの訴えや痛みを示す行動の頻度を測定する(しかめっ面, 歯をくいしばる, うめく, 触ると引っ込める, その他**非言語の痛みを示すサイン**を含む)

《記入》

- 0 痛みはない
- 1 あるが, 過去3日間はなかった
- 2 過去3日間のうち1~2日あった
- 3 過去3日間毎日あった

6b. 痛みの程度

利用者が訴えた,あるいは観察された痛みのうち最も重度のもの程度の度を測る.

《記入》

- 0 痛みはない
- 1 軽度
- 2 中等度
- 3 重度
- 4 激しく, 耐え難いことがある

J6c. 痛みの持続性

本人からみた痛みの頻度(周期性)

《記入》

- 0 痛みはない
- 1 過去3日間に1回だけあった
- 2 断続
- 3 持続

J6d. 突破する痛み

過去3日間に1回以上突然の急激な痛みの再燃を経験したか。突破する痛みは、鎮痛薬で対応できる痛みのレベルを超える劇的な痛みの悪化や薬剤の効果の減弱に伴う痛みの再発として現れることがある。

《記入》

- 0 いいえ
- 1 はい

J6e. 痛みのコントロール

現在の痛みのコントロールが効いている程度(本人の視点から)。痛みのコントロール法は、薬剤の使用、マッサージ、TENS(経皮的通電刺激法)、鍼灸などその他の療法を含む。

《記入》

- 0 痛みはない
- 1 痛みはがまんできる範囲であり、とくにコントロールを行っていないか、または変更の必要はない
- 2 コントロールは適切に効いている
- 3 コントロールは効くが、常に実施できていない
- 4 コントロールを行っているが、十分に効いていない
- 5 痛み時のコントロール方法はないか、効いていない

STEP2 入力の終了とトリガー 一覧

U 利用の終了	V アセスメント情報
アセスメント表を印刷する	CAPサマリ-表を印刷する

CAP検討・課題整理

尺度(Scales)

BMI	19.0
うつ評価尺度 : DRS	0点
認知機能尺度 : CPS	1 境界的である
日常生活自立段階 : ADL-H	0 自立
痛み評価尺度 : PAIN	2:中程度の痛み

スケール(Scale) (P.161～)

《利用者の各断面を定量的に把握できる》

アセスメント情報から以下の4つのスケールが算出できる

ADL-H

ADL機能障害
(7段階)

CPS

認知機能障害
(7段階)

DRS

うつの状態
(0-14点)

PAIN

痛みの状態
(5段階)

《スケールの長所》

- 要介護度よりも、広範かつ精緻に利用者の状態変化が把握できる
- 自動集計によって事業所の利用者構成の特徴や変化を把握できる

インターライアセスメントから導きだされる尺度

2. 認知機能尺度 : CPS (Cognitive Performance Scale)

- (1) 目的

- 認知機能の評価を行う7段階の指標である。この7段階は代表的な認知機能の尺度であるMMSE (Mini-Mental State Examination) の平均得点と高い相関がある。

- (2) 指標の範囲

- 7段階: 0 (障害なし) - 6 (最重度の障害がある)

- (3) 使用する項目

- C1. 日常の意思決定を行うための認知能力 ([0] ~ [5])
- D1. 自分を理解させることができる ([0] ~ [4])
- C2a. 短期記憶 ([0] ~ [1])
- G2j. 食事 ([0] ~ [6], [8])

C子さんの尺度とCAPトリガー

(講義資料 P.59)

- 尺度について (講義資料 P. 161)

- 日常生活自立段階

この段階が変化した場合、利用者に優位な状況変化(改善・悪化)が起こったと解釈できる

- 認知機能尺度

MMSEの平均得点と、高い相関がある

- うつ評価尺度

うつに関する問題をかかえているかの判断基準となる

- 痛み尺度

痛みの程度を0～4段階で評価

CAP一覧から、検討用紙へ



CAP検討 >> 課題整理に切り替え

CAP一覧

CAP	トリガー	
1.身体活動の推進	○	<input type="checkbox"/>
2.IADL	○	<input type="checkbox"/>
7.認知低下	モニター	<input type="checkbox"/>
14.インフォーマル支援	○	<input type="checkbox"/>
17.痛み	中リスク	<input type="checkbox"/>
20.低栄養	中リスク	<input type="checkbox"/>
23.健診・予防接種	診察あり	<input type="checkbox"/>

検討表グループ

名称: 選択CAPでグループ作成

	順序	名称	対象CAP	
<input type="checkbox"/>	0	<input type="text" value="痛み"/>	<input type="text" value="17"/>	検討
<input type="checkbox"/>	0	<input type="text" value="IADL"/>	<input type="text" value="2"/>	検討
<input type="checkbox"/>	0	<input type="text" value="身体活動"/>	<input type="text" value="1"/>	検討
保存 選択グループ削除				

計画書に送信

CAP検討印刷

CAP検討ファイル

※選択されたグループが対象となります。

CAP(トリガーされていない)	
3.ADL	<input type="checkbox"/>

CAPを活用して、**分析・判断**する

どのCAPから検討するか？（主要CAPの選び方）

（講義資料 P.18～）

CAPの活用方法（講義資料 P.20～）

C子さんの場合、自立支援の観点から（17 痛み ）を
検討しましょう。

CAP検討



研修HIT6 研修HIT6 ログアウト

トップメニュー

CAP検討

利用者：Aぐんまちゃん 様

保存する

CAP検討グループ一覧へ

CAP検討グループ

名称	痛み	対象CAP	17

ガイドライン

トリガーとその具体的状況	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）	ケアの方向性及びケアの内容を検討する（短期目標を設定する）
【CAP17】 J6a = 3 J6b = 1		

ケアプランへの反映

生活全般の解決すべき課題 (最大127文字)	長期目標 (最大127文字)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	全体削除
短期目標 (最大127文字)	ケア内容 (最大127文字)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	削除
		短期・ケア追加
課題・長期追加		
備考		

サービス計画書

利用者：Aぐんまちゃん 様

一覧に戻る

保存する

複製する

削除する

1 表を印刷する

2 表を印刷する

3 表(空表)を印刷する

保存しました

利用者情報

計画書作成日[変更日](必須)	<input type="text" value="2014/07/01"/>	初回計画書作成日	<input type="text" value="2014/04/01"/>	<input type="radio"/> 初回 <input type="radio"/> 紹介 <input checked="" type="radio"/> 継続
利用者名	<input type="text" value="Aぐんまちゃん"/>			
生年月日	<input type="text"/>	住所	<input type="text"/>	
計画作成者	<input type="text" value="研修HIT6"/>			
事業所・施設名および所在地	<input type="text" value="研修HIT6"/>			

課題整理総括表への反映



CAP一覧

CAP	トリガー	
1.身体活動の推進	○	<input type="checkbox"/>
2.IADL	○	<input type="checkbox"/>
7.認知低下	モニター	<input type="checkbox"/>
14.インフォーマル支援	○	<input type="checkbox"/>
17.痛み	中リスク	<input type="checkbox"/>
20.低栄養	中リスク	<input type="checkbox"/>
23.健診・予防接種	診察あり	<input type="checkbox"/>

CAP(トリガーされていない)		
3.ADL		<input type="checkbox"/>
4.住環境の改善		<input type="checkbox"/>
5.施設入所のリスク		<input type="checkbox"/>
6.身体抑制		<input type="checkbox"/>
8.せん妄		<input type="checkbox"/>
9.コミュニケーション		<input type="checkbox"/>
10.気分		<input type="checkbox"/>
11.行動		<input type="checkbox"/>

課題整理総括表

保存する

アセスメント結果を取り込む

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）

1 2 3
 4 5 6

例：脳卒中 独居

状況の事実		現在	要因(カマ区切りで記載)	改善/維持の可能性	備考
移動	室内移動	1:自立	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	
	屋外移動	4:全介助	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	ときに援助が必要
食事	食事内容	b:支障あり	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	低塩分
	食事摂取	1:自立	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	
	調理	1:自立	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	
排泄	排尿・排便	a:支障なし	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	
	排泄動作	1:自立	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	
	口腔衛生	a:支障なし	<input type="text"/>	-- <input type="checkbox"/>	



ご清聴、ありがとうございました。