

〔予防版 MDS-HC 関連用紙記載要領〕

訪問記録票（試案）…（4） について

【1.訪問の具体的な目的】

- ・初回訪問にあたっては、本人や家族からの相談内容などをもとに課題と思われる点を検討し、事前に記入する。
- ・2回目以降の訪問の場合、前回訪問時に本人に話した「6. 本人が合意した内容」および訪問者として留意すべき「8. 次回の課題」を参照して訪問前に記入しておく。

【2.本人の全体状況・変化】

- ・世帯構成、生活レベル（職業）、既往歴など、トリガーされた CAP とは直接関係がない事項を記載する。
- ・2回目以降は、主として変化を記入する。内容は主観的な印象とする。
- ・本人が今後の訪問を拒否した場合には、その理由をこの欄に記載する。

【3.現在使っているサービス】

- ・現在使っている公的サービス（行政サービス、医療サービス、介護保険サービスなど）、および非公的サービス（ボランティア、介護保険以外の民間サービスなど）を記載する。

予防版 MDS-HC をチェックして【4.問題状況の整理】に記録する

- ・予防版 MDS-HC にアセスメント結果を記載し、トリガーされる CAP を確認する
- ・「選定」欄：予防版 MDS-HC により実際に選定された CAP に○をつける。
- ・「重要」欄：選定された CAP の中で、当該訪問において重要だと訪問者が判断した CAP に○をつける。
- ・実際にトリガーされなかった CAP でも、本人にとって話し合いが必要なものについては、「本人の状況」欄に記載する。
- ・CAP の検討結果のまとめ（総括）が必要な場合は、〈まとめ〉として記入する。

【4.】を踏まえて【5.訪問時の会話の概要】に会話のやりとりの要点を記録する

- ・訪問者の発言（問いかけや促し）にたいして、本人がどのように発言したか、または反応したか、さらにそれを受けて訪問者が何を発言したかを矢印で示し、要点をまとめる。

【6.本人が合意した内容】

- ・会話の中で、本人がこれからの生活に取り入れようと発言したこと（受診する、散歩する、趣味活動を行う、タバコをやめる等）を簡潔に記入する。ない場合は記入不要。

【7.保健・医療・介護サービス・福祉機関への連絡調整、等】

- ・保健・医療・介護サービス・福祉サービスに訪問者が連絡をとり、調整した場合に記入する。
- ・本人が医師の指示を正しく理解していないような場合の指示内容の確認、本人が指示された内容を順守していないことの通知なども含まれる・
- ・なお、本人が自分で各種サービスにアクセスした場合は、「6. 本人が合意した内容」に記入する。

【8.次回の課題】

- ・今回の訪問で本人と合意できなかった内容、さらに詳細にアセスメントすべき内容、および予測される変化の確認などを記載する。

【9.訪問に要した時間】

- ・今回の訪問に要した時間を5分きざみで記入する。

訪 問 記 録 票 (試案)

対象者氏名 ****

訪問者氏名 ※※※※

訪 問 日 : 平成 18 年 1 月 18 日

6

 回目の訪問

特定

 ・ 要支 1 ・ 要支 2

1. 訪問の具体的な目的		下肢の筋力低下防止のための機能訓練について指導する							
2. 本人の全体状況・変化		前回訪問時よりも腰痛が軽減している 精神的にも活気が出てきている							
3. 現在使っているサービス		公的サービス				非公的サービス			
4. 問題状況の整理					5. 訪問時の会話の概要				
CAP		選定	重要	本人の状況				＜訪問者による助言・アドバイス＞	
1	ADL/リハ	○	○	1. ADL 18. 痛み 前回訪問時よりは、腰痛が軽減、歩行も、室内であれば伝わらず可であるが、外は数十メートル歩くと、すぐ腰が痛くなるため休み休み歩かなければならない。外出の頻度は秋頃に比べると減っている。 2. IADL 食事の用意、掃除などはすべて妻が行っている。家事援助については妻は負担とは思っていない 3. 健康増進 H17 年夏から禁煙を継続している 本日、訪問生活動作指導があるからと、ウォーミングアップのため、朝から運動をしていた。リハビリに対する意欲が高いことが感じられる 10. うつと不安 息子に税理士の仕事を渡してから1ヵ月になり、気持ちの整理ができてきたようである。前回訪問時より表情が明るく活気もある。				1. 下肢筋力低下防止、腰痛予防のための日常生活の工夫、運動について指導 ・訪問生活動作指導実施。理学療法士による機能評価、自主訓練法等について指導してもらう。 ・今後、訪問指導員が定期的に訪問し、運動が正しく行われているかチェックすることを伝える。 ・補装具(杖)の使用法について確認 10. ケースの話を傾聴し、気持ちを受け止める ……仕事は息子に渡したので、これからの生活は、体調を壊さないように気をつけ、何か好きなことができたかと考えている。 ケースが、新たな役割を見つけ活動できるように支援していくことが必要と考えられる	
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			6. 本人が合意した内容 ・下肢の筋力低下防止、腰痛予防の運動の継続 ・訪問指導員による訪問の継続 前回合意内容の順守状況と理由 腰痛が軽減したため、整形は未受診であった H17 夏より禁煙は継続されている 8. 次回の課題 下肢の筋力低下防止、腰痛予防の自主訓練継続を促す					
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								
7. 保健・医療・介護サービス・福祉機関への連絡調整、等		訪問生活動作指導実施 訪問指導員も同伴し引継ぎする							
9. 訪問に要した時間		1. 面接時間 (90分)		2. 往復時間 (20分)		3. 記録記入 (120分)		4. 合計 (1+2+3) (230分)	

介護予防訪問に関するアンケート

()区 氏名()

質問 1 あなたについてうかがいます。

1) あなたの職種をお答えください。

1. 保健師 2. 看護師

2) 看護職（保健師を含む）としての経験年数をお答えください。

年

3) 介護支援専門員としての勤務経験はありますか？

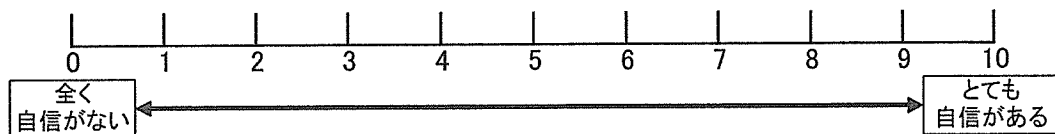
1. あり 2. なし

4) 老人保健事業における訪問指導の経験はありますか？

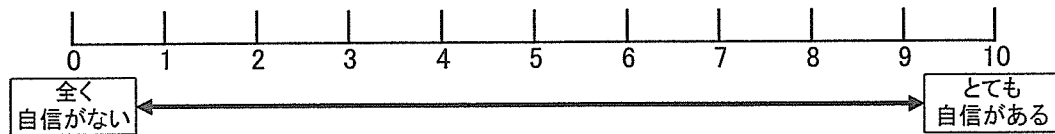
1. あり 2. なし

質問 2 それぞれの質問について、現在のあなたの率直な気持ちにあてはまる数字に○をつけてください。

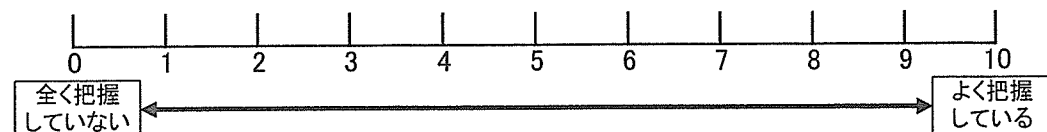
1) 対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある。



2) 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある。



3) 予防版 MDS-HC と CAP の内容を把握している。



質問は以上です。ご協力、どうもありがとうございました。

介護予防訪問に関するアンケート

() 区 氏名 ()

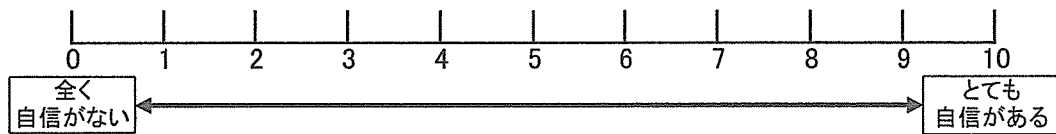
質問 1 あなたについてうかがいます。

- 1) 老人保健事業における訪問指導の経験年数をお答えください。
(経験のない方は、「0」とご記入ください)

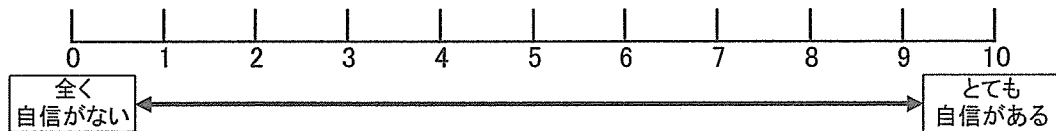
年

質問 2 介護予防訪問に関するそれぞれの質問について、現在のあなたの率直な気持ちにあてはまる数字に○をつけてください。

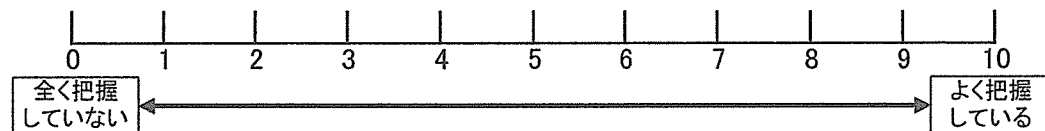
- 1) 対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある。



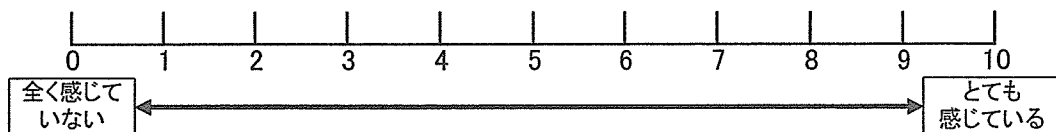
- 2) 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある。



- 3) 予防版 MDS-HC と CAP の内容を把握している。



- 4) この仕事にやりがいを感じている。



質問3 あなたが訪問した対象者についてうかがいます。対象者一人ひとりについてお答えください。

	1) 年齢 2) 性別 3) 訪問回数 4) 初回訪問時の 日常生活自立度 ^{a)}	5) 初回訪問時と比べて、現在の対象者の状態はどうですか？(ひとつに○)	6) 状態の変化に関わらず、予防訪問は対象者に有用であったと思いますか？(ひとつに○)	7) ケアプラン作成に役に立ったCAPがありましたら、CAP番号 ^{b)} をご記入ください。
対象者1 ID <input type="text"/>	1) () 歳 2) 1. 男 2. 女 3) () 回 4) J1・J2・A1・A2	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない	() () ()
対象者2 ID <input type="text"/>	1) () 歳 2) 1. 男 2. 女 3) () 回 4) J1・J2・A1・A2	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない	() () ()
対象者3 ID <input type="text"/>	1) () 歳 2) 1. 男 2. 女 3) () 回 4) J1・J2・A1・A2	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない	() () ()
対象者4 ID <input type="text"/>	1) () 歳 2) 1. 男 2. 女 3) () 回 4) J1・J2・A1・A2	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない	() () ()
対象者5 ID <input type="text"/>	1) () 歳 2) 1. 男 2. 女 3) () 回 4) J1・J2・A1・A2	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない	() () ()

※記入欄が不足の場合はコピーして使用してください。

a) 障害老人の日常生活自立度判定基準

ランクJ 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
1. 交通機関等を利用して外出する
2. 隣近所へなら外出する

ランクA 屋外での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない
1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている

b) CAP番号

1 ADL/リハビリテーションの可能性	11 高齢者の虐待	20 皮膚と足の状態
2 IADL	12 社会的機能	21 順守(コンプライアンス)
3 健康増進	13 心肺の管理	22 もろい支援体制
5 コミュニケーション能力	14 脱水	23 薬剤管理
6 視覚	15 転倒	26 向精神薬
7 アルコール乱用と危険な飲酒	16 栄養	28 環境評価
8 認知	17 口腔衛生	29 排便の管理
10 うつと不安	18 痛みの管理	30 尿失禁と留置カテーテル

質問 4 最後に、予防版 MDS-HC をご使用になった感想をうかがいます。

- 1) 予防版 MDS-HC を用いたことで役立ったことは何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
 - a. アセスメントをするうえで、見逃しがちな視点が補完された
 - b. 自分のアセスメントやケアプラン作成の裏づけになった
 - c. 対象者への助言に自信をもてた
 - d. 対象者との会話の糸口に活用できた
 - e. 継続的なケア目標を明確にできた
 - f. 自分自身の専門職としての成長を実感した

- 2) CAP のガイドラインに追加した方がよい内容がありましたら、具体的にお書きください。今後の予防版 MDS-HC の改訂に活用させていただきますので、是非ご記入をお願いいたします。

質問 5 訪問で使用した「すこやかプラン（案）」と「訪問記録票（試案）」についてうかがいます。

- 1) 「すこやかプラン（案）」を使用してみて、対象者本人に理解しやすいものだったか、または改善が必要な点などがあれば、具体的にお書きください。

- 2) 「訪問記録票（試案）」を使用してみて、追加すべき項目や不要な項目、または改善が必要な点などがあれば、具体的にお書きください。

質問は以上です。ご協力、どうもありがとうございました。

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

※ [1 運動] ~ [5 その他] は、介護予防サービス計画書の「アセスメント領域」の区分を示しています。

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

B. 記 憶

<p>B 1. 記憶を想起する能力</p> <p>CAP8 [4. 健康]</p>	<p>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</p> <p>0. 問題なし 1. 問題あり <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>B 2. 日常の意思決定を行うための認知能力</p> <p>CAP8 [4. 健康]</p>	<p>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）</p> <p>0. 自立：首尾一貫して理にかなった判断ができる</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>コミュニケーション、聴覚</p> <p>C 1. 聴 覚</p> <p>CAP5 [3. コミュニケーション]</p>	<p>もし使用していれば、補聴器具を使って</p> <p>0. 十分に聞こえる：通常会話、テレビ、電話、インターホン</p> <p>1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある</p> <p>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</p> <p>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"/></p>
<p>C 2. 自分を理解させることができる（伝達能力）</p> <p>CAP5 [3. コミュニケーション]</p>	<p>どんな方法を用いて表現してもよい</p> <p>0. 理解させることができる：容易に考えを表現できる</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4. ほとんどまたはまったく理解させることができない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

D. 視 力

<p>D 1. 視 力</p> <p>CAP6 [4. 健康]</p>	<p>適切な明るさのもとでの視力(もし使用していれば、眼鏡等を用いて)</p> <p>0. 十分：新聞・本の細字も含めて細かい部分まで見える</p> <p>1. 障害：大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない</p> <p>2. 中度障害：視力が限られている、新聞の見出しは見えないが、物を識別できる</p> <p>3. 重度障害：物を識別することは難しいが、目で動体を追っているようである</p> <p>4. 最重度障害：見えない、あるいは明暗、色、形を識別できるだけ。目は動体を追わない <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

D 2. 視野の制限・障害 CAP6 [4. 健康]	光のまわりにかさや輪が見えたり、目にかすみがかかったようにみえたり、閃光が見えた 0. いいえ 1. はい <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E. 気分と行動

E 1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候 CAP10 [3. 社会参加]	過去 3 日間に観察された兆候（理由のいかんを問わない） <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 0. 過去 3 日間、観察されていない 1. 過去 3 日間に 1～2 日間観察された 2. 過去 3 日間毎日観察された </div> a. 悲しみやうつ状態(たとえば、生きている価値がない、もうどうなってもよい、自分は何の役にもたたない、死んだほうがまだ) a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ(たとえば、怒りっぽい、受けているケアに対して怒る) b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現する(たとえば、捨てられる、とり残される) c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. 健康上の不満を繰り返す(たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、体のことばかり心配している) d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e. たびたび不安、心配ごとを訴える(たとえば、日課、食事、洗濯、衣服、対人関係などで人の注意をひいて、そのことに「だいじょうぶ」といつてもらいたい) e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. 悲しみ、苦悩、心配した表情(たとえば、しかめっ面) f <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g. 何回も泣いたり涙もろい g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

F. 社会的機能

F 1. 関与 CAP12 [3. 社会参加]	a. 人と気軽に関わっている(たとえば、人と過ごすことが好き) 0. 気軽に関わっている 1. 気軽に関わっていない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F 2. 社会的活動の変化 CAP12 [3. 社会参加]	過去 90 日間において、社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が減っている。もし減っているなら、それで悩んでいる 0. 減っていない 1. 減っているが、悩んでいない 2. 減っており、悩んでいる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F 3. 孤立 CAP10 [3. 社会参加] CAP22 [5. その他]	a. 日中、1 人での時間(夜間を除く) 0. ほとんど、または全くない 2. 長い時間(たとえば、午前中全部) 1. 1 時間程度 3. いつも <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. 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の活動レベルについて

ア. IADL の実施状況（過去7日間）

- 0. 自立、自分で行った
- 1. 時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)

イ (1, 2が2つ以上)

CAP2 [2. 日常生活]

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）	(ア) (イ)
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	
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定	
d. 薬の管理 [4. 健康]	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)	
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り、音の拡大装置を使ってもよい)	
f. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う	
g. 交通手段の利用 [1. 運動]	乗り物による移動（歩行できる範囲外における移動）	

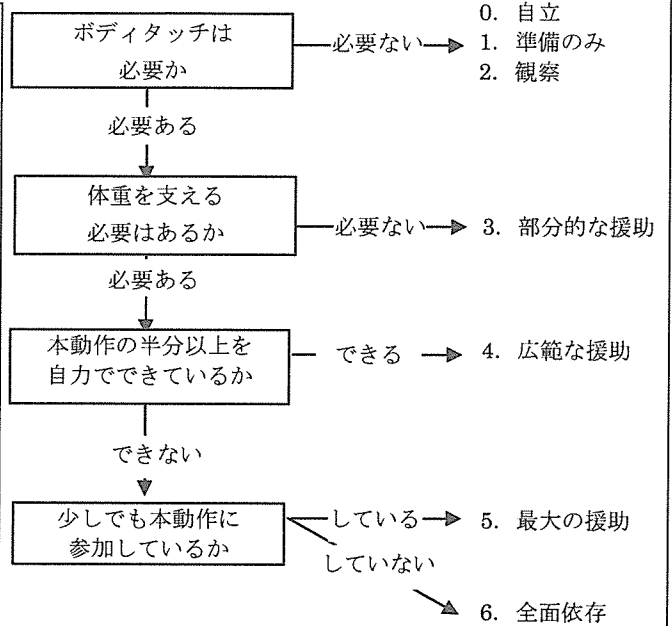
該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

H2. ADL自立度 **CAP1**

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(能力に関わらず)

<参考>



<p>d. 屋外の移動</p> <p>[1. 運動]</p> <p>g. 食事 [4. 健康]</p> <p>i. 個人衛生</p> <p>[4. 健康]</p> <p>j. 入浴</p> <p>(過去7日間)</p> <p>[4. 健康]</p>	<p>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)</p> <p>□ □ □ □</p> <p>食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)</p> <p>□ □ □ □</p> <p>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)</p> <p>□ □ □ □</p> <p>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)身体のそれぞれの部分(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)</p> <p>□ □ □ □</p>
<p>H4. 主な移動手段</p> <p>[1. 運動]</p>	<p>b. 屋外の移動手段</p> <p>0. 補助具等は使用していない 3. 電動三輪車(スクーター)</p> <p>1. 杖、装具 4. 車いす □ □ □ □</p> <p>2. 歩行器、松葉杖 5. 移動しなかった</p>
<p>H5. 階段昇降</p> <p>CAP1 [1. 運動]</p> <p>CAP3 [4. 健康]</p>	<p>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)</p> <p>0. 他者の援助なしに上り下りする</p> <p>1. 他者の援助によって上り下りする □ □ □ □</p> <p>2. 上り下りしなかった</p>
<p>H6. 健康活動</p> <p>CAP3 [4. 健康]</p>	<p>a. 過去30日間の通常の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)</p> <p>0. 毎日 2. 週に1日 □ □ □ □</p> <p>1. 週に2～6日 3. 1日もない</p> <p>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)</p> <p>0. 2時間以上 1. 2時間未満 □ □ □ □</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

I. 排泄（過去7日間）

<p>I 1. 尿失禁</p> <p>CAP30 [4. 健康]</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>J 1. 疾患</p> <p>e. CAP13 [4. 健康]</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>J 2. その他の疾患名</p>	

K. 健康状態および予防

<p>K 2. 現症</p> <p>a. CAP29(23) c. CAP14</p> <p>d. CAP16</p> <p>[4. 健康]</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>K 3. 現症</p> <p>b. CAP29(23) c. CAP(23)</p> <p>d. CAP13</p> <p>[4. 健康]</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

<p>4. 痛み</p> <p>CAP18 [4. 健康]</p>	<p>a. 痛みの訴えや様子があつた頻度</p> <p>0. 痛みはない(b～eにも0を記入)</p> <p>1. 毎日ではない</p> <p>2. 1日1回</p> <p>3. 1日数回(朝と晩など) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>b. 痛みの強さ</p> <p>0. 痛みはない</p> <p>1. 軽度</p> <p>2. 中等度</p> <p>3. 重度</p> <p>4. 耐えがたい痛みとなるときもある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>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</p> <p>0. きたしていない</p> <p>1. きたしている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>d. 痛みの箇所</p> <p>0. 痛みはない</p> <p>1. 局在する一ヶ所</p> <p>2. 複数カ所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>e. 利用者からみて鎮痛薬が適切に効いている</p> <p>0. 思っている、あるいは痛みはない</p> <p>1. 適切に効いていない</p> <p>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"/></p>	
<p>K 5. 転倒頻度</p> <p>CAP15 [1. 運動]</p>	<p>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"/></p>
<p>K 6. 転倒の危険</p> <p>CAP15 [1. 運動]</p>	<p>a. 不安定な歩行 a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p>
<p>K 7. 生活習慣</p> <p>a. CAP7</p> <p>c. CAP3</p> <p>[4. 健康]</p>	<p>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"/></p> <p>c. 毎日、喫煙 c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>K 8. 健康状態</p> <p>a. CAP10 [3. 社会参加]</p>	<p>a. 健康状態がよくないと感じている(質問した場合) a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. 思考、ADL、気分や行動を不安定にするような病態や症状(変動や悪化) b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>K 9. その他の状況</p> <p>CAP11 [5. その他]</p>	<p>a. 家族や現在介護してもらっている者に対して 恐れをいんでいる a <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

L. 栄養状態

<p>L 1. 体 重</p> <p>CAP16 [4. 健康]</p>	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>L 2. 食事摂取</p> <p>CAP14・16 [4. 健康]</p>	<p>c. 水分摂取の不足</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>L 3. 嚥下問題</p> <p>CAP17 [4. 健康]</p>	<p>0. 正常：すべての食べ物を安全で効率的に飲み込める</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>3. 経口摂取と経管栄養を併用</p> <p>4. 全く経口摂取をしていない</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

M. 歯および口腔状態

<p>M 1. 口腔状態</p> <p>CAP17 [4. 健康]</p>	<p>a. 咀嚼くに問題がある</p> <p>c. 歯みがきや入れ歯みがきに問題がある</p> <p>a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

N. 皮膚の状態

<p>N 1. 皮膚の問題</p> <p>CAP20(23) [4. 健康]</p>	<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>N 3. 足の問題</p> <p>CAP20 [4. 健康]</p>	<p>e. うおのめ、たこ、感染症、水虫、変形(足の問題)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

O. 環境評価

<p>O 1. 居住環境</p> <p>CAP28 [5. その他]</p>	<p>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</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>e. 暖房や空調(冬に寒すぎる、夏に暑すぎる)</p> <p>g. 玄関や玄関先(出入りが困難など)</p> <p>b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

P. 治療方針の順守

<p>P 1. 特別な治療・ケア (過去 7 日間)</p> <p>CAP21 [4. 健康]</p>	<p>0. 予定されていなかった</p> <p>1. 指示されたとおり完全に守られた</p> <p>2. 指示されたとおり守られなかった</p> <p>t. 外来通院 z. 特別治療食</p> <p>t <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>z <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>P 4. 達成されたケア目標</p>	<p>過去 90 日間に、ケア目標のいずれかが達成された</p> <p>0. いいえ 2. はい</p> <p><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

Q. 薬剤（過去7日間）

<p>Q 1. 薬剤の種類</p> <p>CAP23 [4. 健康]</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>Q 2. 向精神薬</p> <p>CAP26 [4. 健康]</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>Q 3. 医学的管理</p> <p>CAP23 [4. 健康]</p>	<p>現在使用中の薬剤を、過去 180 日間に少なくとも一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>Q 4. 薬剤のコンプライアンス</p> <p>CAP21 [4. 健康]</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

すこやかプラン(案)

(訪問指導利用計画票)

作成日 平成 年 月 日

氏 名

作成支援者

目 標	
本人の自己実現 に向けた意向	
総合的な援助の 方向性・目標	

項目	本人の課題	本人の目標	利用内容 (サービス内容等)	モニタリング (期日・評価内容)
1				
	指導員の判断	指導員のコメント	サービス内容	本人・家族の意見
2				
	指導員の判断	指導員のコメント	サービス内容	本人・家族の意見

	3:00	6:00	9:00	12:00	15:00	18:00	21:00
月							
火							
水							
木							
金							
土							
日							

訪 問 記 録 票 (案)

対象者 ID 訪問指導員 ID 訪 問 日 : 平成 年 月 日

回目の訪問

特定 ・ 要支 1 ・ 要支 2

1. 訪問の具体的な目的											
2. 本人の全体状況・変化											
3. 現在使っているサービス		公的サービス		非公的サービス							
4. 問題状況の整理				5. 訪問時の会話の概要							
CAP		必要	重要	本人の状況		<訪問者による助言・アドバイス>					
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										
7. 保健・医療・介護サービス・福祉機関への連絡調整、等								6. 本人が合意した内容			
								前回合意内容の順守状況と理由			
								8. 次回の課題			
9. 訪問に要した時間								1. 面接時間 (分)	2. 往復時間 (分)	3. 記録記入 (分)	4. 合計 (1+2+3) (分)

「すこやかプラン（案）」と「訪問記録票（案）」の記載要領

I 「すこやかプラン（案）」の記載要領

本人の課題	<p>定 義</p> <p>本人が「解決したい」と考える課題。本人が自分の課題に気付くように指導員（支援者）は支援する。支援の方法は、押し付けであってはならず、本人が気付くように話を進める。</p> <p>表現方法の例</p> <p>〇〇な生活をしたい、〇〇になりたい、など</p>
指導員の判断	<p>アセスメントの結果判断される対象者の可能性や留意点（注意事項）</p> <p>表現方法の例</p> <p>〇〇ができると考えられます、〇〇だと思います</p>
本人の目標	<p>定 義</p> <p>本人が課題を解決したときに達成される姿</p> <p>表現方法の例</p> <p>〇〇になる、〇〇ができるようになる、〇〇な生活ができる</p>
指導員のコメント	<p>目標達成の可能性を記載する</p>
利用内容	<p>定 義</p> <p>目標を達成するために受けたい支援の内容や自分で行うべきこと</p> <p>表現方法の例</p> <p>〇〇の支援を受ける、〇〇をしてもらう、〇〇を利用する、自分で〇〇をする</p> <p>サービスごとにまとめて記載する、時系列に行動計画を立てる</p>
サービス内容	<p>訪問指導員による情報提供、生活指導の内容を記載する</p>
モニタリング	<p>定 義</p> <p>決めたことを実行し、目標が達成されたか、本人とともに確認する</p> <p>表現方法の例</p> <p>〇〇は達成された、〇〇は△まで達成された</p>
本人・家族の意見	<p>目標の達成状況に対する感想、今後の取り組み、方向性</p>

II 「訪問記録票（案）」の記載要領

【4.問題状況の整理】：CAPの「必要」「重要」の記載

「必要」欄：予防版 MDS-HC により、当該高齢者に必要と訪問指導員が判断した CAP に○をつける（実際にトリガーされる CAP を確認する必要はない）

「重要」欄：「必要」とした CAP の中で、当該訪問において検討した CAP に○をつける

※その他の詳しい記載要領については『予防訪問マニュアル』の 14～16 ページを参照してください。