

### III. 資料編

#### 1. 研修時に使用した資料

##### [資料 1]

2014/11/21

介護QI研究コンソーシアム

社会福祉法人 太陽会 導入研修

「インターライ方式ケアアセスメント」

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

阿部 詠子

#### 1. インターライ方式とは

#### 2. MDSからの変更点

#### 3. 課題の把握からケアプランまで—事例を使って—

#### 4. 自己学習機能のご紹介

#### 5. まとめ、質疑

##### 配布資料：

- ・インターライ方式ケアアセスメント（パワーポイント）
- ・インターライ方式ケアアセスメントQ & A
- ・インターライ方式ケアアセスメント冊子（居宅版）（施設版）各1部

## インターライ方式 ケア アセスメント Q&A

社会福祉法人太陽会

.全体に共通する質問

Q1. 3日間でアセスメントを取ることにしているが、項目によってはその3日間に該当しないことがあるが良いのか

A.確かに便秘など、その3日間に見られないこともあります。インターライは統計的な結果（エビデンス）に基づき、そのように決められています。必要な項目（例：転倒）については90日間以内など期間が長くなっています。また、便秘を例とした場合では、H3便失禁で「排便はなかった」になったとしても、J31便秘、でチェックされるなど、1つの項目を重層的に検討する仕組みになっています。本人の能力や介助（方法）の適切さではなく、結果（有無）をみて下さい。

Q2. 週1回の訪問対象である場合、3日間はいつからの期間になるのか

A.まず、アセスメント基準日を設定します。例えば、訪問日を基準日とする場合は「今日までの3日間」と聞きます。聞き取れなかった項目を次週の訪問日に再度、聞く場合には「(基準日とした)先週の 曜日までの3日間」と振り返って聞くことになります。

Q3. 訪問時間の制約の中で、フルアセスメントを実施するのは困難。話すのがつらい人などは、あらかじめ現在のデータベースから情報を取ったり、アセスメント領域を選択しても良いか

A.本人からの聞き取りが難しい場合、サマリー記録等から補足することが推奨されています。なお、一部分のみをアセスメントした場合は、質の評価指標のQI値やアウトカム指標が算出できないことがあるため、慎重に決定する必要があります。法人としての導入計画については、別途協議します。

Q4. 「0（ゼロ）」は「なし」になるが、「有無（あるのかないのか）」が不明の場合も0を記入すべきか。

A.その項目をアセスメントし終えたという意味で「0」を入れるか、チェックvをして下さい。「0」は入れても入れなくてもかまいません。

Q5. 医療の経過はどこに書くのか。インターライは個人の状況が一目でわかるものではないように思えるがそうなのか。一目でわかるような簡潔なものにできないか

A. 医療の経過は「B3 相談受付時までの経過」に記入下さい。インターライのアセスメント表は、ニーズの確認ツールですので、利用者の全体状況を要約した「サマリー」は、それぞれの法人または、各事業所で現在使っている「基本情報」様式を利用することになります。

サマリー：本人・家族の氏名，生年月日，住所，緊急連絡先，家系図，キーパーソン，使用している保険の種類，かかりつけ医など，基本情報をまとめたもの。

Q6. 痛みや褥瘡など事業所独自で評価尺度を採用している場合は併用しても構わないか

A. アセスメント表は、ニーズの確認ツールですので、CAP をトリガーするためにも設定項目をすべて埋めてください。もちろん、法人で採用している各種ツールからインターライへの読み替えができる場合は、それを利用して記入してください。なお CAP の選定後により詳細なアセスメントが求められることがありますので、独自採用の指標(尺度)をそこで活用することもできます。

Q7. 本人が認知症の場合、情報の内容をどこまで判断すべきか

A. 家族やヘルパーなど、その人の周辺で関わる色々な人の情報を使って判断して下さい。

Q8. 同じ対象者でも、夜勤と日勤では評価が異なる場合がある

A. アセスメント担当者が総合的に判断してチェックすることになっています。

Q9. 特記事項は PC ソフト上のアセスメントではどうなるのか。CAP に反映されるのか

A. アセスメントシートの余白等に筆記した特記事項は、メモとしてソフト上に残すことが可能になる予定です。ただし、その内容は CAP には反映されませんので、ケアプラン検討等へ活用する場合は、各自の手作業となります。

． 個々のアセスメント項目に関する質問

A12c.：利用者や家族，身内は，利用者は他のところに住む方がいいのではないかと

## いる

Q12.家族は入所させたいが、本人は入所したくない、居たくないなど、意見が食い違う場合、どちらを優先させたらよいか。

A. A12cはCAP12「虐待」がトリガーされます。虐待やネグレクト、搾取などとの関連がある（ありそう）かを考慮して、判断して下さい。また、どちらかの言い分を選んだ場合でも、食い違っていたことを欄外や備考欄などにメモしておくことは、有効です。

## B3. 相談受付時までの経過

Q13. 内容は医療と介護に限定した方が良いか

特に限定していません。必要だと思われれば、その他の情報も入れて下さい。

## B9. : 教育歴

Q14. 年代より、旧制・新制が不明な時がある。本人の生年月日で判断すべきか

A. 教育歴を知ることはアセスメント（認知状態の把握など）やケアプランの作成（活動の焦点の当て方を決めるなど）、また利用者に身の回りのことをする技能について教育する時などに役立ちます（テキスト p78 参照）。あまり厳密にする必要はなく、わかる範囲でかまいません。

## D1. : 自分を理解させることができる（伝達能力）

Q15. 本人のいない場所など、実際の場면을観察できない時に、主観的な判断でもよいか

A. その場면을全く観察できない場合には、担当のケアスタッフや家族からの情報を総合して下さい。

## E1. : うつ、不安、悲しみの気分の兆候

Q16. 認知症が重度の方で本人の意志を聞くときに記入方法はどうか

A. E1a~k は本人の主観的な評価となっていますので、家族（介護者）に聞いて下さい。  
E2は「8（答えられない、したくない）」を記入して下さい。

## F. : 社会心理面

### 全体

Q17.可能な限り本人に聞くことになっているが、本人が認知症の場合、回答は認知症が前提で良いのか。 また、家族（配偶者）が認知症だったらどうしたらよいか

A. F1a~c は、日数の規定が細かいため、記憶障害などにより「8(判定不能)」になるかも知れません。これらは把握すべき問題ではありますが、直接 CAP にトリガーされる項目にはなっていません。しかし、F1d~f(居宅版のみ)は、すべて CAP12 虐待にトリガーされる重要な項目ですので、状況の分かる人などから、必ず聞いて下さい。F2以降も同様です。

(参考 社会心理面と CAP の対応)

F 心理社会面	No.	項目	CAPNo.	内容
	F1	d	12	虐待
	F1	e	12	虐待
	F1	f	12	虐待
	F2		12	虐待
	F2		15	社会関係
	F3		15	社会関係
	F4		14	インフォーマル支援
	F4		15	社会関係
	F5	a	13	アクティビティ
	F5	d	15	社会関係
	F5	e	13	アクティビティ

#### F4.日中、一人きりでいる時間

Q18. 2世帯住宅の場合など、一人だが、家族はよく顔を出す場合はどうなるか。

A. 家族がいない時間を足し合わせて判断してください。分刻みの正確な時間というよりも、一人でいる時間が長いことでCAPがトリガーされますので参考にして下さい。

#### F5g. 自発性・参加意識：日課の変化に対応できる

Q19. 3日間で変化がない場合どうすればよいか

A. Q1 参照。

#### F8. 強み（ストレングス）

Q20. 設問上、判断基準が評価者の主観となってしまうが良いか

A. 利用者との会話やケアスタッフ、家族からの話を総合した上での主観的評価なら問題ありません。

<参 考>CAP について（テキスト参照 p183-186）

CAP によって指針が示され、それを元に立てられたケアプランの目標は「問題を解消するか、あるいは悪化の危険性を軽減または改善の可能性を向上させるかのいずれかである」。インターライ方式の CAP トリガーは次のような人を特定するように作られています（p185）

予想以上に悪化が進んでいる人

急性疾患等（せん妄，精神病，転倒，肺炎など）によって最近の悪化が見られた人を含めて今後改善する可能性がある人

「CAP は問題を解消し，悪化の危険性を軽減し，改善の可能性を向上するためのケアプランのガイドである」（p185）

#### G2. ADL

Q21. 寝返り、移乗はどこに入るのか

A. 寝返りは G2i（ベッド上の可動性，テキスト p113）に入ります。移乗は G2g（トイレへの移乗）でチェックして下さい。ADL は通常，早期喪失（入浴，更衣，個人衛生） 中期喪失（歩行，移動，トイレの利用） 後期喪失（食事，ベッド上の可動性）と段階的に低下する（テキスト p203 参照）ため，それらをチェックし，CAP3 ADL（テキスト P199）

で指針を示しています。特に G2b 個人衛生，G2f.移動，G2h トイレの使用，G2j 食事，の 4 項目を使用することにより「日常生活自立段階（ADL-H，テキスト p349）」で状況変化を評価することができます。また，G2b,f,g は G3a(主な室内移動手段)，G4b（過去 3 日間に家（建物）の外に出た日数）と共に，CAP5 施設入所のリスク（テキスト P210）でもトリガーされますので，合わせて確認してみてください。

#### Q22. 段階で 5.最大限の援助と 6.全面依存の違い

A. 5 最大限の援助：2 人以上の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げることも含まれる）援助，または，50%以上に及ぶ体重を支える援助

6 全面依存：すべての動作において他者がすべて行った。

少しでも自分でできる，何らかの参加をしていると考えられる場合は 5 をつけてください。

#### Q23. 3 日間の内，もっとも重いものを入れるのか

A. その通りです（テキスト P114）。

### G3. 移動/歩行

#### G3b 4 メートルの歩行時間

#### Q24. 家屋内で 4m の距離が取れない，などできない場合は空欄にすべきか

A. どんな形でも支えなければ歩行できなければ行わず「99」を入れて下さい。身体的にはテストは可能であるがやらないことを選んだ場合は「88」を入れて下さい（テキスト P118）。家屋の事情によって行わなかった場合もこれに準じて判断し，どちらにも当てはまらない場合・判断できない場合は空欄にして下さい。歩行能力ではなく体力を測るテストになっていますのでこれらを総合して下さい。

#### G4a. 過去 3 日間において体を動かした時間の合計

#### Q25. 1 時間以上 2 時間未満，2 時間以上 3 時間未満などがあり，時間の記入が難しい

#### Q26. 正確な時間を得るのが難しい。周囲からも難しい

A. おおよその時間でかまいません。どうしてもわからなければ空欄にして下さい。なお G4a は 2 時間未満で CAP1 身体活動の推進(テキスト P188)と CAP4 住環境の改善( P205 ) にトリガーされる項目です。それらを理解し，できる限り周囲の協力等も得て評価して下さい。なお，G4a は選択肢が間違っており、以下が正しいものです(ソフト上では修正されています)。

0 なし

- 1 1 時間未満
- 2 1 時間以上 2 時間未満
- 3 2 時間以上 3 時間未満
- 4 3 時間以上 4 時間未満
- 5 4 時間以上使用する

#### G5.身体機能の潜在能力

Q26. G5a.G5b.は本人の気持ちであり、同じ人でもスタッフによって評価が分かれることも考えられるが

A. G5a は現実的でなくても純粹に本人の自己評価に基づきます（テキスト p120 ）。G5b はその人をよく知る人がそう考えると思うところをつけて下さい。G5a,b は CAP1 身体活動の推進（P188）CAP2 IADL(P193), CAP27 便通（P341）において、改善の可能性でトリガーされる項目です。

#### H3. 便失禁

Q27.下剤を使用して便失禁の場合はどうなるか。J.健康状態の J3l.便秘や J3m.下痢との違いはあるのか

A. 下剤の使用にこだわらず、その失禁状態を評価して下さい。「便の自制力とは利用者が便通をコントロールできるかどうかを意味する。この項目は、排泄誘導や失禁訓練プログラム、便秘薬等を使用した状態での利用者の便の自制力パターンを把握するものであり、利用者がトイレに一人で行けるかどうかは問わない（テキスト P127）」。なお便失禁は CAP27 便通（P341）に、便秘は CAP21 脱水（P308）、下痢は CAP26 尿失禁(P335)にトリガーされるなど、目的が異なります。

#### H4.(居宅版のみ) おむつやパッドの使用

Q28.なぜ施設版にはないのか

A. どの CAP にもトリガーとなっておらず、家族の負担等を測る指標として設定されていると思います。

#### I.疾患

Q29.疾患コード 1, 2 で主診断の定義が曖昧でよくわからない

A. 1 .主診断は現時点で診断され、かつ治療を受けているものです。複数でもかまいません。  
2.と 3.は主診断以外のもので、現在の治療の有無で判別されます。この項目は、現在の利用



者の機能やケアニーズと関連していないものやすでに解決した状態のものは除きます（テキスト P129）。ケアニーズとの関連では、例えば I1a の大腿骨骨折は CAP26 尿失禁(P335)の改善目的と CAP27 便通（P341）の改善可能性でトリガーされます。

Q30. I.12 「その他の診断」のその他は、現在発病している病気のみか

A. 現在発病している疾患のみに限定して下さい。

**J.健康状態**

Q31. 問題の頻度で「あるが、過去 3 日間に見られなかった」はどのくらい前までを指すのか、さかのぼってもよいのか

A. 「あるが」は「 = 通常よく起こっている」という意味です。よく起こっているかどうかはさかのぼってかまいませんが、過去 3 日間の有無についてはその通りにチェックして下さい。

**J3a. (バランス) 支えなしでは立位になることが難しいか、できない**

Q31. 「問題の頻度」で「0 なし」はどういうことか

A. 立位になることが「難しいか」、「できないことがない」です。

**J3o.入眠または睡眠の継続困難**

**J3p.睡眠過多**

Q32.いろいろな睡眠パターンがあるので、区別が難しい

A. 昼寝過ぎるが夜は寝ない（昼夜逆転）の場合など、両方チェックされるケースがあるかも知れませんが、その場合は両方チェックして下さい。

**J6.痛み**

Q33.痛みの種類（しびれる、重いなど）など、聞き方によっては有無が違って来ると思うが

A. 痛みは CAP17 痛み（P284）でトリガーされますが、痛みの管理によって、ADL,QOL などの一般状態を改善し、うつ、ひきこもり、機能低下などの望まれざる影響を阻止することを目的としています。痛みの頻度と程度を記録することによって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経過観察することにも使うことができます。

痛みの種類は“ つらい ” “ 焼け付くような ” “ 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 ” 感じがするという表現がされることもあります ( テキスト P137 )。このような痛みの種類についてはガイドライン中で痛みを管理するために把握すべき項目に挙げられ、深いアセスメントが用意されています ( P287 )。

Q34.いつも痛いという人もいるが、日常的な会話として言っているだけなのか区別が難しい

A. 本人が訴えている以上は、アセスメントにそのまま反映させ、CAP のトリガー後に、心理的な要因も含めて、そのコントロール ( 管理 ) の必要性を検討します。

#### K. 口腔および栄養状態

##### K2c. 1 日 1 リットル未満の水分摂取

Q35.水分摂取量を訪問でとらえるのが難しい

A. 普段飲み物を飲むカップの一杯量を把握し、何杯飲んだか聞く、専用湯沸かしポットのお湯がどの位使われているかで把握する方法などがあります。K2c. は CAP21 脱水 ( P308 ) でハイリスク項目としてトリガーされますが、ml 単位の詳細の記録が必要ということではなく、1 日 1 リットル未満かどうかをみています。

K2b 脱水である、または BUN/クレアチニン比が 20 以上、K2d.水分排泄量が摂取量を超える

Q36. 浮腫などで水分のインがアウトを超える時にはどのように判断するのか

A. それぞれの項目についてそのままチェックして下さい。CAP において治療としての意図的なコントローであるかどうかを検討されます。なお、浮腫の有無は J3 において別途チェックされています。

#### K6e. その他

Q37.アセスメント表の項目の他に何があるのか

具体的な想定はありません。K6a ~ K6d 以外のものはここを選択してください。

#### L. 皮膚の状態

##### L7. 足の問題

Q38. 足の問題はないが歩行に支障がある場合はどうなるのか

A. この項目は足の問題の有無(フットケアの必要性)を確認しており、歩行能力の障害は G3 で把握しています。なお、「足」は大腿・下腿・足を全て含めた下肢(Lower)ではなく、くるぶしより下の、足 (foot) の部分です。

**M. アクティビティ**

**M2. 好む活動と関与**

Q39. 本人がアクティビティを好みではないが、事実上やらされているような場合や、積極的ではない場合はどうすればよいか

A. そのような場合でもすべてチェックをして下さい。「本人は好みではなく、家族の意向やケアプランとして勧め、参加している」などは備考欄に記入して下さい。この項目は CAP13 アクティビティ (テキスト P262) でトリガーされます。

**N. 薬剤**

Q40. 主治医以外の処方だったり、お薬手帳以外で飲んでいたりするものがあり、把握が難しいことがあるが全て書かなければならないか

A. この部分の目的は、CAP24「適切な薬剤使用」の多数服用(9種類以上)をトリガーし、適切な薬剤管理が行われているかを確認するものです。多剤服用でなくとも、複合作用などの観察の面から、利用者の服用している薬剤の把握できる限り、行うべきと考えます。

以上

## インターライ方式ケアアセスメント 詳細説明

みとらメディカル株式会社  
2014/10/21  
公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団

### I インターライ方式とは

## 「I インターライ方式とは」 目次

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 公式テキスト      | (スライドNo3-10)  |
| 2. クラウドサービス    | (スライドNo11-12) |
| 3. アセスメント情報の活用 | (スライドNo13-21) |
| 4. MDSユーザーの方へ  | (スライドNo22-27) |

## 1. 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 善巳  
翻訳：山田 ゆかり/石橋 智昭  
判型 A4  
頁 368  
発行 2011年12月  
定価 3,990円（本体3,800円+税5%）  
ISBN978-4-260-01503-5

[医学書院ウェブサイトへ](#)

### (1) テキストの構成

#### ① アセスメント表

- ・ 居宅版 (HC [Home Care])
- ・ 施設版 (LTCF [Long Term Care Facilities])
- ・ 高齢者住宅版 (AL [Assisted Living])

#### ② 記入要綱

選択肢を選択際の注意点

#### ③ CAP

- (臨床ケア指針：Clinical Assessment Protocols)
- ・ 課題検討が必要な領域についてのガイドライン
  - ・ より詳細なアセスメントのポイントと対応方法を提示

### ① アセスメント表

- ・ アセスメント表は、居宅版、施設版、高齢者住宅版から選択して利用できる
- ・ 各版のアセスメント項目の6割は、コア項目としていずれの版にも共通している
- ・ 選択した版にないが、他の版にあるアセスメント項目を、必要に応じて追加して使用できる

### 《アセスメント項目の例》

E1. うつ、不安、悲しみの気分の兆候  
E1a. 否定的なことをいう  
E1b. 自分や他者に対する継続した怒り  
E1c. 非現実なおそれがある事を思わせる非言語を含む表現  
：

これらの項目を下記の4段階でそれぞれ評価する

0. ない  
1. あるが、過去3日間には見られていない  
2. 過去3日間のうち1～2日に見られた  
3. 過去3日間毎日見られた

《アセスメント表のセクション一覧》

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

② 記入要綱の内容

実施者によるアセスメント結果のばらつきが少なくなるよう、各選択肢を評価する際の基準を明確に提示

《記入要綱の内容の例》

**E1a. 否定的なことを言う**

たとえば、「どうなってもいい」「こんな風に生きているなら死んだ方がまし」「長く生きたことを後悔している」「死なせて」など。同じ表現でなくてもよく、意味的に同じである点に留意。

③ CAP (キャップ)

アセスメント項目の選択肢の選ばれ方によって、利用者が抱えている課題領域の「CAP」が選定(トリガー)される

**CAPを使ってできること**

- 選定された課題領域を追求するため、より詳細なアセスメントに導いてくれる
- ガイドラインに沿って課題検討をすることにより、エビデンスに基づいたケアプラン(第2表)の「ニーズ」や「サービス内容」を書くことができる

《CAP課題領域の一覧》

CAP	番号	施設	在宅	CAP	番号	施設	在宅
認知症				転倒			
1. 身体活動の推進	0	○	○	16. 転倒	○	○	○
2. ADL	○	○	○	17. 転倒	○	○	○
3. ADL	○	○	○	18. 褥瘡	○	○	○
4. 住環境の改善	○	○	○	19. 心臓病	○	○	○
5. 施設入居のリスク	○	○	○	20. 乾癬	○	○	○
6. 身体拘束	○	○	○	21. 脱水	○	○	○
精神面				22. 胃ろう	○	○	○
7. 認知低下	○	○	○	23. 転倒・予防接種	○	○	○
8. せん妄	○	○	○	24. 適切な薬剤使用	○	○	○
9. コミュニケーション	○	○	○	25. 喫煙と飲酒	○	○	○
10. 気分	○	○	○	26. 尿失禁	○	○	○
11. 行動	○	○	○	27. 排便	○	○	○
12. 虐待	○						
社会面							
13. アクティビティ	○	○	○				
14. インフォームドな支援	○	○	○				
15. 社会関係	○						
				計	26	22	18

3. アセスメント情報の活用

インターライ方式のアセスメント情報を活用すれば、各事業所の利用者の全体像の把握やケアの質の管理に役立てることが出来ます

- (1) スケール(Scale)
- (2) 介護QI(Quality Indicators)

(1) スケール(Scale)

《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

<b>ADL-H</b>	<b>CPS</b>	<b>DRS</b>	<b>PAIN</b>
ADL機能障害 (7段階)	認知機能障害 (7段階)	うつ状態 (0-14点)	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

### (1)スケール(Scale)

#### 《事業所間の比較への活用》

- ① スケールによって事業所の利用者構成の特徴を示す
- ② スケールの構成比のトレンドを比較する

(例) ADL最大援助(ADL+H5以上)の利用者の割合(%)

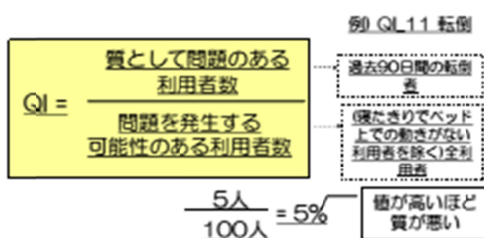
	2011/12	2012/6	2012/12
事業所①	15.8	16.2	15.7
事業所②	23.1	25.5	28.9
事業所③	8.5	9.2	9.1
事業所④	16.7	15.5	13.3

特に悪化している事業所に対してADLに関する研修会を行うなど、具体的な対策のために活用できる

### (2)介護QIによるケアの質の評価

- ・ 入力されたアセスメントデータを二次利用して、各事業所のケアの質を評価する手法で、**介護QI (Quality Indicators)**と呼ばれている
- ・ 他の事業所とケアの質を分野ごとに比較できる
- ・ 当該介護QI分野の値を悪くしている利用者を特定し、ケアプランを見直すことができる
- ・ 法人としてインターライ方式を統一的に利用すれば、ケアの質の「評価」と「改善」を一つのツールで実現できる

#### 《介護QIの計算の基本的な考え方》

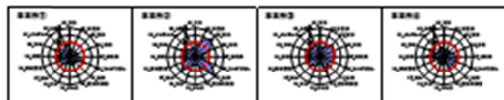


#### 《介護QIの評価の対象分野【居宅版】》

(1)不適切な食事	(12)社会的孤立
(2)体重減少	(13)認知障害の悪化
(3)脱水	(14)せん妄
(4)薬剤の非管理	(15)気分の落ち込み
(5)尿失禁の悪化	(16)コミュニケーション障害の悪化
(6)皮膚潰瘍の悪化	(17)重役の痛み
(7)補助具の不利用	(18)疼痛管理の不十分
(8)リハビリなし	(19)虐待
(9)ADLの悪化	(20)事故
(10)屋内移動の悪化	(21)インフルエンザワクチン未接種
(11)転倒	(22)入院

#### 《事業所間の比較方法》

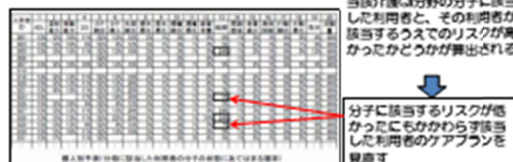
- ・ 算定結果から事業所単位の得意分野・不得意分野をレーダーチャートで示し、ケアの質を可視化することができる



※レーダーチャートの見方:  
赤線は全体平均  
青い部分が赤線より外に出ている領域はケアの質が低い可能性

#### 《ケアプランを見直すべき利用者の特定》

介護QIによって、分野ごとにケアの質を利用者個人のケアプランに戻って評価できる。その際、利用者の当該分野に該当するリスクも考慮される

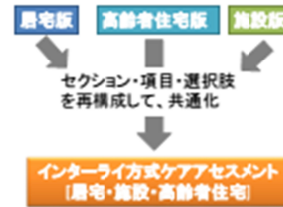


#### 4. MDSからの変更点

MDSを発展させたインターライ方式は、以下のような改良が行われ、切れ目のないケアの実現によりいっそう貢献できるツールに

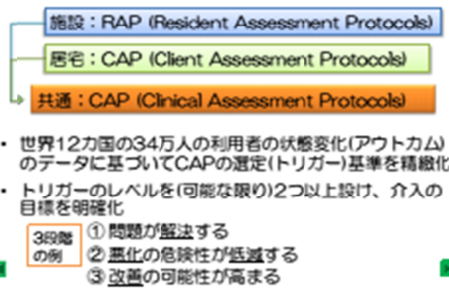
- (1) アセスメント項目の共通化
- (2) CAPの一本化と精緻化
- (3) 変更されたアセスメント項目

#### (1) 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

#### (2) CAPの一本化と精緻化



#### (3) アセスメント項目：削除の例

- ・ 可動域の制限 (施設版G4)
  - 医師には容易だが、看護師には難しく不評が多い
  - 通常、判断はリハビリ部門に限定されている
- ・ 視力低下 (在宅D3)
  - 何も予測しない
  - 時間経過のなかで発見される (発生地点の把握困難)
- ・ 不安定な健康状態 (在宅K8.b, 施設版J5)
  - アセスメントの訓練が難しい

#### (3) アセスメント項目：新しく追加された例

- ・ 痛み (J6)
  - 旧版: 頻度と程度のみ
  - 新版: 持続性・突破する痛み・痛みのコントロールを追加
- ・ 利用者自身の[回答(発言)]を把握する項目
  - 本人のケアの目標 (A10)
  - 利用者自身が答えた気分 (E2)
  - 主観的健康感 (J8)
- ・ 自転車の運転 (G7)
  - 過去90日間に自転車を運転した
  - 過去90日間に運転した場合、運転を制限したり、やめたほうがいいのかと誰かに言われた様子がある

#### (3) アセスメント項目：改訂された例

- ・ ADL (G2)
  - アセスメントの信頼性向上、自立～全面依存の各段階を明確化
- ・ IADL (G1)
  - ADLとの対応強化 (選択肢を7段階に統一)
  - 「困難度」を「(実施)能力」に変更
- ・ 転倒 (J1)
  - 対象期間 (30日、90日) と転倒回数基準を追加
- ・ 問題の頻度 (前版では「現症」) (J3)
  - 「(問題は) あるが過去3日間には見られなかった」という選択肢を追加
  - 過去3日のうち何日見られたかの選択肢を追加

# インターライ方式ケアアセスメント 詳細説明（実務者向け）

このパートでは、利用者のプロフィールからケアプランの作成までを事例を用いて説明します  
まずは、居宅のAさんの事例から始めましょう

## III 課題の把握からケアプランまで(実践編)



### 事例(Aさん)

#### Aさんのプロフィール

- ・Aさんは、少し前に妻を亡くしている
- ・娘が来ると興奮し、怒り出す(娘は先週毎日来ていた)
- ・周囲に「俺を厄介扱いしたんだ」と文句を言い、娘には「恩知らずめ」と叱責する
- ・娘がいないときにはしょんぼりとし、涙ぐみながら「俺はもう何も役に立たない、だめだ」と言う
- ・先日は「妻が死んだとき一緒に死ねばよかった」と言っていた

### 事例(Aさん)

#### アセスメント結果

E1、うつ、不安、悲しみの数値の高値 過去2週間継続観察された状態、原因は問わない(可能な本人に聞く)		
0	ない	
1	あるが、過去3週間には見られていない	
2	過去3日間のうち1～2日に見られた	
3	過去3日毎日見られた	
E1a	否定的なことを言う	3
E1b	自分や他者に対する継続した怒り	3
E1c	詳細な苦悩があることを思わせる非言語を含む表現	0
E1d	繰り返し体の平穏を訴える	0
E1e	たびたび不安、心配ごとを訴える(継続上の不安は除く)	0
E1f	悲しみ、苦悩、心配した表情	3
E1g	泣く、涙もろい	3
E1h	ひどいことが起こりそうだと繰り返し言う	0
E1i	興味をもつていた活動をしなくなる	0
E1j	社会的交流の減少	0
E1k	人生の喜びを失っているという非言語を含む表現(2段階あり)	0

### 事例(Aさん)

#### 多数のCAPがある場合の選び方

##### 基本的な考え方

- ・多様な課題を一度にすべて検討する必要はなく、優先順位の高い課題から順次対応する
- ・各課題の要因が共通していることがあり、ある課題の解決が他の課題の軽減や解決につながることもある

##### 優先順位の高いCAP(例)

- ①本人や家族が最も解決したい問題を含むCAP
- ②専門家として危険性が高いと判断される問題を含むCAP
- ③最近悪化している問題を含むCAP

### 事例(Aさん)

#### 《ガイドラインに沿って検討》

##### 初期アセスメント

- 自傷の危険性があるか把握する
- 周囲への危険があるか把握する
- 気分障害の全体像を把握する

Aさんは「妻と一緒に死ねばよかった」と言っている

##### 気分障害の原因を判断

気分の変化と関連しうる薬剤を確認する

.....

##### 治療の経過観察

治療への反応

.....



事例(Aさん)

CAPの選定(トリガー)

Aさんは、下記の項目が「過去3日間毎日見られた」

- ☑否定的なことをいう
- ☑自分や他者に対する継続した怒り
- ☑悲しみ、苦悶、心配した表情
- ☑泣く、涙もろい



上記のアセスメント結果から「CAP10 気分」が選定(トリガー)された

事例(Aさん)

《ガイドラインに沿って検討》

初期アセスメント  
自傷の危険性があるか把握する

気分障害の原因を判断  
気分の変化と関連しうる薬剤を確認する  
医学的状態との関連を確認する  
心理社会的変化との関連を確認する  
気分問題の経過  
気分障害の既往  
気分障害とともに起こっている不安の程度

Aさんは妻を最近亡くしている

治療の経過観察  
治療への反応

事例(Aさん)

《ガイドラインに沿って検討》

初期アセスメント  
自傷の危険性があるか把握する

気分障害の原因を判断  
気分の変化と関連しうる薬剤を確認する

治療の経過観察  
治療への反応  
気分障害と治療についての知識教育

まだ治療を受けていないため、受診した上で、副作用等をモニターする

ケアプランに「精神科の受診を勧める」ことを記載

事例(Aさん)

Aさんの選定CAP一覧

CAP	トリガー	CAP	トリガー
1 身体活動の増進	—	15 社会関係	○
2 IADL	○	16 転倒	○(中)
3 ADL	—	17 痛み	—
4 住環境の改善	○	18 褥瘡	—
5 施設入所のリスク	○	19 心肺機能	—
6 身体拘制	—	20 低栄養	—
7 認知低下	○(モニター)	21 脱水	—
8 せん妄	—	22 胃ろう	—
9 コミュニケーション	—	23 検診・予防接種	—
10 気分	○(高)	24 適切な薬剤使用	—
11 行動	—	25 喫煙と飲酒	—
12 虐待	—	26 尿失禁	—
13 アクティビティ	—	27 便秘	—
14 インフォーマル支援	—		

注) (中)とは中リスク、(高)とは高リスクのことを指す

事例(Aさん)

Aさんの課題検討のまとめ

選定されたCAP	ケアプランの内容
CAP10 気分	→ 精神科の受診
CAP2 IADL	→ 訪問介護による買い物と調理の支援
CAP4 住環境の改善 CAP5 施設入所のリスク CAP16 転倒	→ 住宅改修
【検討を見送ったCAP】	これらCAPは、うつ状態に大きく影響を受けるため、うつの治療経過を見てから再検討する
CAP7 認知低下 CAP15 社会参加	

次に、施設を利用するBさんについて、同じプロセスでケアプラン作成までを確認してみましょう  
この事例では、本人の残存能力を正しく評価し、適切な目標設定に結びつける方法を学ぶことができます

事例(Bさん)

### プロフィール

- ・老健を利用中のBさんは88歳の女性
- ・認知機能に中程度の障害があるが、つい最近まで食事は見守りがあれば可能であった
- ・2か月前に肺炎と脱水を起こして入院し、1週間寝たきりで過ごした
- ・老健に戻ってからは、摂取量を確保するため、食事、おやつ、水分の摂取をスタッフが全面介助した
- ・現在、肺炎と脱水の急性期状態から脱したが、食事動作の大部分はスタッフが援助している

18

事例(Bさん)

### アセスメント表(ADU)

<p>※ ADU</p> <p>表1-3は原則としてADUの17項目の動作について評価する。1項目でもできず、他の項目ではより良い状態にある場合、3を記入。それ以外の項目は、最も良い状態の動作に押し付ける。その中で最も良い状態が1であれば、その中でなければより良い状態に押し付けるという考えで記入する。</p> <p>0 自力：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった。</p> <p>1 自立：準備の援助のみ：物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった。</p> <p>2 見守り：見守り/合図</p> <p>3 限定的な援助：四肢の動きを助ける。体重を支えずに身体的な誘導をする。</p> <p>4 広範囲な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える(四肢を持ち上げることも含まれる)援助</p> <p>5 最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げることも含まれる)援助。または50%以上に及ぶ体重を支える援助</p> <p>6 全面依存：すべての動作において他者がすべて行った。</p> <p>7 スケジュールがない</p>	<p>Q1. 入浴：着替も含む。洗剤は含まない</p> <p>Q2. 個人用：入浴とシャワーは含まない</p> <p>Q3. 上半身の援助</p> <p>Q4. 下半身の援助</p> <p>Q5. 歩行</p> <p>Q6. 移動</p> <p>Q7. トイレへの移動</p> <p>Q8. トイレの使用：移動は含まない</p> <p>Q9. ベッド上の可動性</p> <p>Q10. 食事</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>5</p>
---	---	---

19

事例(Bさん)

### 《ADLのアセスメント項目の選択肢》

- 0.自立：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった。
- 1.自立。準備の援助のみ：物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった。
- 2.見守り：見守り/合図
- 3.限定的な援助：四肢の動きを助ける。体重を支えずに身体的な誘導をする。
- 4.広範囲な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える(四肢を持ち上げることも含まれる)援助
- 5.最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げることも含まれる)援助。または50%以上に及ぶ体重を支える援助
- 6.全面依存：すべての動作において他者がすべて行った。

20

事例(Bさん)

### なぜADLの動作を細かくみる必要があるのか

- ・動作を分割して細かく見ることで、ADLの自立度が変化することが本人や介護者、ケアスタッフにも明確に理解できる
- ・例えば、訓練によって着替えの動作が、「4」から「3」になった場合、ADL自立度が1段階向上したことを意味する



※もし、選択肢が(自立・一部介助・全介助)の場合、「4」と「3」は一部介助に括弧入れられ変化を把握できない

21

事例(Bさん)

### なぜ「過去3日間」で観察するのか

- ・ADLは、朝でできることも夕方にはできなかったり、ある日はできても次の日はできなかったり、ということが起こる
- ・そこで、3日間72時間の間に起こったすべてのADL動作に基づいて、その間の回数と程度で評価する方法で、より正確な状態把握を目指している

22

事例(Bさん)

### アセスメント結果

<p>※ ADU</p> <p>表1-3は原則としてADUの17項目の動作について評価する。1項目でもできず、他の項目ではより良い状態にある場合、3を記入。それ以外の項目は、最も良い状態の動作に押し付ける。その中で最も良い状態が1であれば、その中でなければより良い状態に押し付けるという考えで記入する。</p> <p>0 自力：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった。</p> <p>1 自立：準備の援助のみ：物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった。</p> <p>2 見守り：見守り/合図</p> <p>3 限定的な援助：四肢の動きを助ける。体重を支えずに身体的な誘導をする。</p> <p>4 広範囲な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える(四肢を持ち上げることも含まれる)援助</p> <p>5 最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げることも含まれる)援助。または50%以上に及ぶ体重を支える援助</p> <p>6 全面依存：すべての動作において他者がすべて行った。</p> <p>7 スケジュールがない</p>	<p>Q1. 入浴：着替も含む。洗剤は含まない</p> <p>Q2. 個人用：入浴とシャワーは含まない</p> <p>Q3. 上半身の援助</p> <p>Q4. 下半身の援助</p> <p>Q5. 歩行</p> <p>Q6. 移動</p> <p>Q7. トイレへの移動</p> <p>Q8. トイレの使用：移動は含まない</p> <p>Q9. ベッド上の可動性</p> <p>Q10. 食事</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>5</p>
---	---	---

23

事例Bさん] CAPの選定(トリガー)

BさんのADLをアセスメントした結果、下記に当てはまった

- ☑ ADLに何らかの援助を受けている

事例Bさん] CAPの選定(トリガー)

その他のアセスメントの結果、下記にも当てはまった

CPS (認知機能尺度) スコア 3 (中程度の障害がある)	→	☑いくらかなりとも認知機能はある
J7 状態の不安定性 J7a 末期疾患であり、余命が 6ヶ月以内である 0 (いいえ)	→	☑終末期ではない
G6 過去90日間 (または前回ア セスメント以降)のADLの変化 2 (悪化した)	→	☑最近の状態や機能水準の急変 ・ADLの変動(改善でも悪化でも)
O5 受診・入院 (過去90日間) O5a 入院 1回	→	・最近の入院

「CAP3 ADL」が選定(トリガー)された

[資料 3]

開催日時	26年11月18日(火) 10:00 ~ 16:00
場 所	社会福祉法人溪仁会 本部 会議室
受講者数	21名
1. 受講者の状況	

- ・ MDS ユーザーと初めてが、半々程度。
- ・ ケアマネージャー14名、本部関係者7名。
- ・ ケアマネージャーは全員施設。

2. 研修会の進め方(特徴的な点)
-------------------

- ・ インターライ方式を含め、いくつかのアセスメントツールについて検討段階。
- ・ インターライ方式の特徴とMDSの違い、アセスメント入力からケアプラン作成までの流れ、クラウドの操作方法など。

3. 今後の進め方
-----------

- ・ 各施設のケアマネージャーに体験で使用してもらう。
- ・ 他のツールも含めて検討中で、導入は各施設のケアマネの判断になる。

[資料 4]

開催日時	27年2月12日(木) 13:00 ~ 16:00
場 所	特別養護老人ホーム芽室けいせい苑 会議室
受講者数	5名
1. 受講者の状況	

- ・過去にMDSユーザーが1名、インターライ施設研修受講者2名(過去のMDSユーザーと重複)。
- ・初めての受講は3名。
- ・インターライ施設研修への参加をきっかけにソフトを導入したため、未経験の現場職員と相談員、施設長も受講。

2. 研修会の進め方(特徴的な点)
-------------------

- ・初めてインターライ(MDSも)の仕組みについて説明をうけるとのことなので、基本テキストを用いて、アセスメント・記入要綱・CAPS・領域検討用紙・プランの流れを説明。
- ・研修用テキストを用いて、アセスメントからのトリガーやCAPの特徴について説明。
- ・研修用テキストの転倒のCAPを使い、CAPの内容と自分たちのCAPへの印象の違いを一度整理する。
- ・その上で先方施設入所者の事例から、トリガーされた中でも一番気になるCAPの領域検討用紙とプランを用いて、行動のCAPについてテキストを用いて読み合わせをしながらディスカッション形式で分析をし直した。
- ・その上でプランを見直し、特に目標の視点が違うことを確認できた。
- ・しかし、本来は認知機能と転倒のCAPも検討しなければ行動のCAPの理解は深まりにくい事例であったが、時間制約があり、今後自己学習で進めてもらうという対応しか取れず。

3. 今後の進め方
-----------

- ・インターライのソフトは導入されており、アセスメントの打ち込みとCAPのトリガーまではできる環境なので、記入要綱の読み合わせ・CAPの読み合わせを1日に10分くらいずつしていき、アセスメントの内容やCAPの意図する分析の視点について、計画作成担当者がまずは理解して現場に指導していけるようにしたい。
- ・そのためにイメージする事例を決めてテキストの読み込みをする。その上で疑問点(言葉の意味等)があれば、学会事務局に問い合わせるなどし、疑問点をそのままにしないようにしながら進めていくことを先方が決めた。

[資料 5]

開催日時	27年2月16日(月) 18日(水) 13:30 ~ 16:30
場 所	株式会社ヒューマンアカデミー1204室(大阪心斎橋) 自社会議室(西新宿)
受講者数	54名(16日近畿12名、九州7名、北海道3名、中部3名、幹部(本部系)8名、18日関東7名、九州9名、幹部(本部系)5名、計21名)

[資料 1-2]と同内容を実施した。実務研修もかねており、ベンダーによる給付管理システム上のアセスメント方法の説明あり。

ITのTV電話回線により、全国支部に同時中継した。

[資料 6]

社会福祉法人凌雲堂 特別養護老人ホームしらふじ様

**インターライ方式研修会 プログラム**

日時：平成 27 年 2 月 21 日(土) 10:00～16:00

会場：特別養護老人ホームしらふじ 会議室

時間	内容
10:00 - 11:00 (60分)	<b>インターライ方式と構造</b> <講師> 医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志 ・アセスメントとCAPの関係について
11:00 - 11:10 (10分)	<b>質疑応答</b>
11:10 - 12:00 (50分)	<b>アセスメント方法について 第1部</b> <講師> 医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志
12:00 - 13:00 (60分)	<b>休憩(昼食)</b>
13:00 - 14:40 (100分)	<b>アセスメント方法について 第2部</b> <講師> 医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志
14:40 - 14:55 (15分)	<b>質疑応答</b>
14:55 - 15:05 (10分)	<b>休憩</b>
15:05 - 15:25 (20分)	<b>ケアサービスの質の評価研究『介護QI』について</b> <担当> 公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究員 阿部 詠子
15:25 - 15:55 (30分)	<b>インターライ方式アセスメント・ケアプラン作成支援ソフトの使い方</b> <講師> 公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究員 阿部 詠子
15:55 - 16:00 (5分)	<b>質疑応答</b>

[資料 7]

亀田総合病院 介護支援専門員 記録検討会 検討結果

2014/12/02

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

阿部詠子

interRAI  
CAP検討グループ一覧  
利用者: 他職員 花子様  
アクセス権限

CAP一覧

CAP	対応状況
2.1 認知・予後評価	評価済み
2.6 尿失禁	評価済み

CAPトピック一覧

- 2.1 認知・予後評価
- 2.2 INDS
- 2.3 ALC
- 4.1 介護者の負担
- 5.1 施設入居のリスク
- 6.1 身体状態
- 7.1 認知低下
- 8.1 転倒
- 9.1 フォニケーション
- 10.1 食事
- 11.1 睡眠
- 12.1 便秘
- 13.1 アドバイス/フィードバック
- 14.1 インフォームドコンセント
- 15.1 社会参加
- 16.1 転倒
- 17.1 転倒
- 18.1 転倒
- 19.1 転倒
- 20.1 転倒
- 21.1 転倒
- 22.1 転倒
- 23.1 転倒
- 24.1 転倒
- 25.1 転倒
- 26.1 転倒
- 27.1 転倒

検討表グループ

グループ名: 認知CAPでグループ作成

項目	数値	内容CAP
2.1	15	認知
2.2	12	認知
2.3	10	認知

計算書に送信 CAP報告印刷 CAP報告PDF出力

タイトル: いくつかのCAPをまとめ、内容を代表するもの  
<優先順位>  
→方針を立てる  
(例)  
①リスクの軽減、予防  
②すぐに着手できるもの、着手した方がよいもの、困っていること  
③家族の意向、今後の方向性、など。

64



## CAP検討グループ

名前	内田 昭子	所属	介護CAP	15
----	-------	----	-------	----

## ガイドライン

トリガーと その身体的状況	ガイドラインに沿って問題の原因や可能性・可能性を 検討（課題を設定する）	ケアの方向性およびケアの内容を検討する（短期目標を 設定する）
CAP142 J1 = 0	① 現在までのエピソード を整理し書く  ② トリガーされた内容から、CAPから予測される 見込み（改善、悪化、維持）、リスク、アプ ローチの基本全体のケア 目標を選択する。なぜそれ が必要か考えたのか理由 を記入する。	③ 課題に対するケアの 方向性を検討し、 短期目標を設定する。
	④ 短期目標の 達成で得られる 成果	⑤ 短期・長期目標 を達成するための 手段・方法

63

## CAP検討用紙

CAPグループ名: ADLの拡大

利用者: 事例C

CAP - トリガーとそ の身体的状況	ガイドライン に沿って問題の原因 や可能性・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 容を検討する（短期目標を設定す る）
[CAP1] G17A = 2 G2F = 2 G4A = 1 G6A = 1 G6D = 1  [CAP3] C3a = 0 C3b = 0 C4 = 0 C6 = 1 G6 = 8 I1a = 0 I1b = 0 J1 = 0 J7b = 0 J7c = 0 Q4aB = 0 Q6a = 1 T2 = 0 ADLH = 1 CPS = 0  [CAP7] C3a = 0 C3b = 0 C3c = 0 C4 = 0 C6 = 1 Q1 = 0	Nさん 76歳 男性 長介護 度1（高齢者の日常生活自立 度 A2-自立） 妻と2人暮らし。主介護者 妻 生活歴:運転代行車を自営してい た。どちらかというとき東京では ワンマンで、妻が食事や洗濯（洗 剤前は60本×40年）を注意し ても聞かなかった。現在は140 リットル容量の洗濯機を 既婚歴28年、高血圧症 現病歴15年、前にも高血圧症 、半身不遂発症、1ヶ月入 院。 生活状況:入浴と更衣に介助を要 するが、食事・排泄は自立、短時 間なら杖なし歩行も可能、病氣に なる前は自分でできたことが多 くない、できるだけ自力で車椅子 入浴、着替え、茶碗を持って食 事したいと希望あり。妻:本人の希 望通り自分のことは自分ででき るようになってほしい、安全にお 風呂に入ってほしい。退院直後、 1週間ほど歩行、通所リハビリの 訪問リハビリを勧めたが、「そん なのはやりたいくない」と拒否し ていたが現在本人の意欲が高まっ ている。	1. 体調を維持し、身体の状態 下を予防したい  CAP1身体活動の推進、のケア 目標「身体的な目標と潜在的 害に対応する計画を立てる」。 。再被害は身体機能低下の可 能性が高いため、生活全般の自己 が必要。また、認知機能低下 についてモニタリングが必要。主 観的には、ADL時に身体に負担を かけ、高血圧症を悪化させる 性があることから食事療法や 排泄について主治医や訪問医 に相談しモニタリングしてい  2. できる日常生活動作を増や したい  CAP3 ADLのケア目標「実 効が能力を下回っている場合 レベルを上げる」から、N の現在の生活での評価と改善 策。現在の評価を維持しながら 用具の活用などで一人ででき ることを増やす。通所または訪 問リハビリの導入を検討する。  3. 脱衣の浴室で安全に入浴し たい

②トリガーされ  
た内容から、  
CAPから予測さ  
れる見込み（改  
善、悪化、維  
持）、リスク、  
アプローチの基  
本全体のケア目  
標を選択する。  
なぜそれが必要  
と考えたのか理  
由を入れる。

66

名称	ADLの拡大	対象CAP	1,3,7
----	--------	-------	-------

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）
【CAP1】 G1fA = 2 G2f = 2 G4a = 1 G5a = 1 G5b = 1  【CAP3】 C3a = 0 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 1 G6 = 8 I1a = 0 I1s = 0 J1 = 0 J7b = 0 J7c = 0 O4aB = 0 O5a = 1 T2 = ADLH = 1 CPS = 0  【CAP7】 C3a = 0 C3b = 0 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 1 D1 = 0 D2 = 0 E1e = 0 E1h = 0 E3a = 0	Nさん 75歳 男性 要介護度1（高齢者の日常生活自立度 A2-自立） 妻と2人暮らし、主介護者 妻 生活歴:運送代行業を自営していた。どちらかという家庭内ではワンマンで、妻が食事や洗濯（発病前は40本・40年）を注意しても聞かなかった。現在もIADLは全て妻が行っている。 既往歴:50代～高血圧症 現病歴:6ヶ月前に多発性脳梗塞、左半身不全麻痺発症。1ヶ月入院。 生活状況:入浴と更衣に介助を要するが、食事・排泄は自立。短時間なら杖なし歩行も可能。病気になる前は自分でできたことができ、できるだけ自力で単独での入浴、着替え、茶碗を持って食事したいと希望あり。 妻:本人の希望通り自分のことは自分でできるようにしてほしい。安全にお風呂に入ってもらいたい。退院直後に、1度相談があり、通所	1. 体調を維持し、身体の機能低下を予防したい CAP1身体活動の推進、のケア目標「具体的な目標と潜在的な障害に対応する計画を立てる」から、再梗塞は身体機能低下の可能性が高いため、生活全般の自己管理が必要。また、認知機能低下についてモニタリングが必要。また、肥満(BMI29.2)は、ADL時に身体に負担をかけ、高血圧症を悪化させる可能性があることから食事療法や食事指導について主治医や訪問栄養士に相談しモニタリングしていく。 2. できる日常生活動作を増やしたい CAP3 ADLのケア目標「実践が能力を下回っている場合、実践レベルを上げる」から、Nさんの現在の生活での評価と改善が必要。現
	生活全般の解決すべき課題 (最大127文字) 1. 体調を維持し、身体の機能低下を予防したい 2. できる日常生活動作を増やしたい 3. 施設で安全に入浴したい	◎短期目標の達成で得られる望ましい状態 1. 体調を維持し、身体の機能低下が 2. 一人ですべての日常生活動作が 3. 施設で安全に入浴したい
	短期目標 (最大127文字) 1. 体調を維持できる。 2. 一人でできる日常生活動作が増える 3. 通所介護施設で安全に入浴ができる	①短期・長期目標を達成するための手段・方法 1. 介護士(本人、家族) 2. 介護士(本人、家族) 3. 介護士(本人、家族) 4. 介護士(本人、家族) 5. 介護士(本人、家族) 6. 介護士(本人、家族) 7. 介護士(本人、家族) 8. 介護士(本人、家族) 9. 介護士(本人、家族) 10. 介護士(本人、家族)

67

[資料 8]

・ [資料 2]と同じ資料を使用し実施した。

・ 自社利用者の事例展開と内容の検討を行った。(個人情報保護上の配慮により、掲載不可)

[資料 9]

2014/04/10

介護Q研究コンソーシアム

(株)ビジュアルビジョン 新任研修

「インターライ方式ケアアセスメント」

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

阿部 詠子

- 1．インターライ方式とは
- 2．MDSからの変更点
- 3．課題の把握からケアプランまで－事例を使って－
- 4．自己学習機能のご紹介
- 3．まとめ、質疑

配布資料：

- ・インターライ方式ケアアセスメント（パワーポイント）
- ・インターライ方式ケアアセスメントQ & A
- ・参考資料 誌上CAPを読む会 CAP1 身体活動の推進

## 2. インターライ方式居宅Q Iの定義

## ADL の改善

### 分子:

ベースライン時の Early-Loss ADL スケール\*<sup>1</sup> 得点が 1 以上で、フォローアップ時には減少していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

ADL が悪化した

Clinical Risk スケール\*<sup>2</sup>

うっ血性心不全あり

痛み

転倒

入院

アセスメント間隔 (月数)

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## ADL の悪化

### 分子:

ベースライン時の Early-Loss ADL スケール得点が 17 以下で、フォローアップ時には増加していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

Clinical Risk スケール

食事の準備に困難あり

家事に困難あり

入浴に困難あり

痛み

転倒

不安定な歩行

入院

認知機能尺度(CPS)

アセスメント間隔 (月数)

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 尿失禁の悪化

### 分子:

ベースライン時に尿失禁の状態が「失禁状態(膀胱のコントロールがない)」より良く、  
フォローアップ時には悪化していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利  
用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

食事の準備に困難あり

痛み

転倒

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔(月数)

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 尿失禁の改善

### 分子:

ベースライン時に何らかの失禁があるか、カテーテルや瘻があり、フォローアップ時には改善していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

悲しみ

入浴に困難あり

ADL 悪化

入院

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない



## 認知障害の改善

### 分子:

ベースラインの認知機能尺度(CPS)得点が 1 以上で、フォローアップでは低下（改善）していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

電話の使用が困難

日常の意思決定に困難あり

アルツハイマー病またはその他の認知症あり

Clinical Risk スケール

痛み

不安定な行動

入院

認知機能障害がある

活動時間が 2 時間未満

他者を理解する

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 認知障害の悪化

### 分子:

ベースラインの認知機能尺度(CPS)得点が 6 以下で、フォローアップでは増加（悪化）していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

電話の使用が困難

アルツハイマー病またはその他の認知症あり

金銭管理が困難

食事の準備に困難あり

入浴に困難あり

痛み

転倒

不安定な行動

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## コミュニケーション障害の改善

### 分子:

ベースラインのコミュニケーションスケールの得点が 1 以上で、フォローアップでは低下（改善）していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

電話の使用が困難

アルツハイマー病あり

アルツハイマー病以外の認知症あり

Clinical Risk スケール

悲しみ

ADL 悪化

入院

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## コミュニケーション障害の悪化

### 分子:

ベースラインのコミュニケーションスケールの得点が 7 以下で、フォローアップでは増加（悪化）していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

金銭管理が困難

服薬管理が困難

電話の使用が困難

アルツハイマー病あり

アルツハイマー病以外の認知症あり

入浴に困難あり

うっ血性心不全あり

糖尿病

ADL Long スケール\*<sup>3</sup>

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

転倒

分子:

フォローアップ時から過去 90 日以内に 1 度以上転倒していた

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

ADL が悪化した

歩行補助具の仕様あり

不安定な歩行

移動の問題

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## IADL の改善

### 分子:

ベースラインの IADL スケールが 1 以上で、フォローアップ時に低下（改善）していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

悲しみ

ADL 悪化

うっ血性心不全あり

痛み

入院

ADL Long スケール

アルツハイマー病またはその他の認知症あり

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## IADL 悪化

### 分子:

ベースラインの IADL スケールが 14 以下で、フォローアップ時に増加（悪化）していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

買い物が困難

Clinical Risk スケール

悲しみ

食事の準備に困難あり

家事に困難あり

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

事故

分子:

フォローアップ時に新たにけがや火傷が発生した

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

ADL 悪化

糖尿病

痛み

不安定な歩行

入院

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない



## 気分の改善

### 分子:

ベースライン時にうつ評価尺度(DRS)が1以上で、フォローアップ時に減少(改善)していた利用者

### 分母:

ベースラインと6か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65歳未満

アセスメント間隔が6ヶ月以内

ADL悪化

入院

ADL Long スケール

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔(月数)

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが2回以上行われていない

## 気分の落ち込み

### 分子:

ベースライン時にうつ評価尺度(DRS)が 13 以下で、フォローアップ時に増加（悪化）していた利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

Clinical Risk スケール

入浴に困難あり

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

痛みのコントロールが不十分

分子:

ベースライン時に痛みがあり、フォローアップ時にもある利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

金銭管理が困難

服薬管理が困難

Clinical Risk スケール

意思決定が困難

悲しみ

不安定な歩行

入院

認知機能尺度(CPS)

アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 痛みの改善

### 分子:

ベースラインとフォローアップの間に痛みが軽減した利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

認知機能障害がある

金銭管理が困難

服薬管理が困難

悲しみ

不安定な歩行

入院

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

アセスメント間隔（月数）

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 重度の痛み

### 分子:

フォローアップ時に重度の痛みがあった利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

息切れ

不安定な歩行

ADL Long スケール

Clinical Risk スケール

ADL Short スケール\*<sup>4</sup>

アセスメント間隔 (月数)

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 介護者の継続的なストレス

### 分子:

ベースライン時とフォローアップ時に介護者のストレス、怒り、うつがある利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

IADL Difficulty スケール\*<sup>5</sup>

意思決定が困難

悲しみ

家事に困難あり

ADL 悪化

不安定な行動

入院

Clinical Risk スケール

認知機能尺度(CPS)

アセスメント間隔 (月数)

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

孤独

分子:

フォローアップ時に孤独を感じていた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

ADL 悪化

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

買い物が困難

入院

移動の問題

痛み

不安定な歩行

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

外出日数の減少

分子:

フォローアップ時に外出日数が減少していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

ADL 悪化

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

IADL Difficulty スケール

移動の問題

痛み

不安定な歩行

アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない



## インフルエンザワクチン未接種

### 分子:

ベースライン時にもフォローアップ時にもインフルエンザワクチンを接種していなかった利用者

### 分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

### リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

移動が自立ではない

活動時間が 2 時間未満

家事に困難あり

糖尿病

痛み

入院

ADL Long スケール

アセスメント間隔 (月数)

### 除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

入院

分子:

フォローアップ時に入院、救急外来、救急ケアを受けた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

救急外来を受診

Clinical Risk スケール

入浴に困難あり

糖尿病

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

体重減少

分子:

フォローアップ時に体重減少が見られた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

入浴に困難あり

糖尿病

入院

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

\*<sup>1</sup>Early-Loss ADL スケール：入浴、トイレの使用、移動という早期喪失（Early Loss）の A D L の自立度を示す尺度。上記 3 つの A D L の自立度の平均値から算出される。得点が高いほど自立度が低い。

\*<sup>2</sup>Clinical Risk スケール：息切れ、体重減少、骨折、胸痛、嘔吐、急性症状の発生、尿失禁、不十分な水分摂取、意思決定能力の低下、A D L の低下、という臨床的リスクがどの程度あるかを示す尺度。得点が高いほどリスクがある。

\*<sup>3</sup>ADL Long スケール：A D L 7 項目（個人衛生、下半身の更衣、歩行、移動、トイレへの移乗、トイレの使用、ベッド上の可動性）を用いて算出する尺度。A D L の自立度を示す。得点が高いほど自立度が低い。

\*<sup>4</sup>ADL Short スケール：A D L 4 項目（個人衛生、トイレへの移乗、歩行、ベッド上の可動性）を用いて算出する尺度。A D L の自立度を示す。得点が高いほど自立度が低い。

\*<sup>5</sup>IADL Difficulty スケール：I A D L 5 項目食事の用意、家事一般、薬の管理、階段、買い物などの能力の自立度を用いて算出する尺度。得点が高いほど IADL 能力の自立度が低い。