

項目				項目名	No.	Code	長さ	選択肢
N	薬剤	N1	全使用薬剤のリスト	薬剤名1	254	N1a1	255	全角入力
				薬剤名2	255	N1a2	255	全角入力
				薬剤名3	256	N1a3	255	全角入力
				薬剤名4	257	N1a4	255	全角入力
				薬剤名5	258	N1a5	255	全角入力
				薬剤名6	259	N1a6	255	全角入力
				薬剤名7	260	N1a7	255	全角入力
				薬剤名8	261	N1a8	255	全角入力
				薬剤名9	262	N1a9	255	全角入力
				薬剤名10	263	N1a10	255	全角入力
				薬剤名11	264	N1a11	255	全角入力
				薬剤名12	265	N1a12	255	全角入力
				薬剤名13	266	N1a13	255	全角入力
				薬剤名14	267	N1a14	255	全角入力
				薬剤名15	268	N1a15	255	全角入力
				1日量 薬剤名1	269	N1b1	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名2	270	N1b2	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名3	271	N1b3	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名4	272	N1b4	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名5	273	N1b5	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名6	274	N1b6	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名7	275	N1b7	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名8	276	N1b8	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名9	277	N1b9	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名10	278	N1b10	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名11	279	N1b11	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名12	280	N1b12	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名13	281	N1b13	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名14	282	N1b14	5	実数(mg, g, ml など)
				1日量 薬剤名15	283	N1b15	5	実数(mg, g, ml など)
				単位 薬剤名1	284	N1c1	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名2	285	N1c2	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名3	286	N1c3	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名4	287	N1c4	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名5	288	N1c5	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名6	289	N1c6	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名7	290	N1c7	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名8	291	N1c8	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名9	292	N1c9	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名10	293	N1c10	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名11	294	N1c11	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名12	295	N1c12	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名13	296	N1c13	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名14	297	N1c14	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)
				単位 薬剤名15	298	N1c15	10	単位を入力(半角英数字、全角漢字)

項目	項目名	No.	Code	長さ	選択肢
	経路 薬剤名1	299	N1d1	1	1~4
	経路 薬剤名2	300	N1d2	1	1~4
	経路 薬剤名3	301	N1d3	1	1~4
	経路 薬剤名4	302	N1d4	1	1~4
	経路 薬剤名5	303	N1d5	1	1~4
	経路 薬剤名6	304	N1d6	1	1~4
	経路 薬剤名7	305	N1d7	1	1~4
	経路 薬剤名8	306	N1d8	1	1~4
	経路 薬剤名9	307	N1d9	1	1~4
	経路 薬剤名10	308	N1d10	1	1~4
	経路 薬剤名11	309	N1d11	1	1~4
	経路 薬剤名12	310	N1d12	1	1~4
	経路 薬剤名13	311	N1d13	1	1~4
	経路 薬剤名14	312	N1d14	1	1~4
	経路 薬剤名15	313	N1d15	1	1~4
	回数(頻度) 薬剤1	314	N1e1	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤2	315	N1e2	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤3	316	N1e3	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤4	317	N1e4	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤5	318	N1e5	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤6	319	N1e6	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤7	320	N1e7	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤8	321	N1e8	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤9	322	N1e9	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤10	323	N1e10	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤11	324	N1e11	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤12	325	N1e12	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤13	326	N1e13	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤14	327	N1e14	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	回数(頻度) 薬剤15	328	N1e15	2	1日あたり(頓用は3日間の)回数、実数
	頓用 薬剤1	329	N1f1	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤2	330	N1f2	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤3	331	N1f3	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤4	332	N1f4	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤5	333	N1f5	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤6	334	N1f6	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤7	335	N1f7	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤8	336	N1f8	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤9	337	N1f9	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤10	338	N1f10	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤11	339	N1f11	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤12	340	N1f12	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤13	341	N1f13	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤14	342	N1f14	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	頓用 薬剤15	343	N1f15	1	0.なし 1.あり(記入上は○)
	薬のアレルギー	344	N2	1	0.なし 1.あり
	処方薬の順守	345	N3	1	0~2, 8

項目		項目名	No.	Code	長さ	選択肢				
○	治療とケアプログラム	O1	健診・予防接種	過去1年間の血圧測定	346	O1a	1	0.いいえ 1.はい		
				過去5年間の大腸内視鏡検査	347	O1b	1	0.いいえ 1.はい		
				過去1年間の歯科検査	348	O1c	1	0.いいえ 1.はい		
						過去1年間の眼科検査	349	O1d	1	0.いいえ 1.はい
						過去2年間の聴力検査	350	O1e	1	0.いいえ 1.はい
						過去1年間のインフルエンザワクチン	351	O1f	1	0.いいえ 1.はい
						過去2年間のマンモグラフィか乳房検査(女性のみ)	352	O1g	1	0.いいえ 1.はい
						過去5年間で65歳以降の肺炎ワクチン	353	O1h	1	0.いいえ 1.はい
				O2	特別な治療・ケア(過去3日間)	抗がん剤療法	354	O2a	1	0~3
						透析	355	O2b	1	0~3
						感染管理	356	O2c	1	0~3
						経静脈的薬物投与	357	O2d	1	0~3
						酸素療法	358	O2e	1	0~3
						放射線療法	359	O2f	1	0~3
						吸引	360	O2g	1	0~3
						気管切開口のケア	361	O2h	1	0~3
						輸血	362	O2i	1	0~3
						人工呼吸器	363	O2j	1	0~3
						創のケア	364	O2k	1	0~3
						トイレ誘導	365	O2l	1	0~3
						緩和ケアプログラム	366	O2m	1	0~3
						体位変換/姿勢保持	367	O2n	1	0~3
						O3	過去7日間のサービス 実施回数(A) 合計時間(分)(B)	訪問介護(A)	368	O3aa
				訪問介護(B)	369			O3ab	3	実数(分)
				訪問看護(A)	370			O3ba	2	実数(回数)
				訪問看護(B)	371			O3bb	3	実数(分)
				通所介護・リハ(A)	372			O3ca	2	実数(回数)
				通所介護・リハ(B)	373			O3cb	3	実数(分)
				食事/配食(A)	374			O3da	2	実数(回数)
				食事/配食(B)	375			O3db	3	実数(分)
				O4	リハビリテーション計画日数(A) 実施日数(B) 合計時間(分)(C)			理学療法(A)	376	O4aa
						理学療法(B)	377	O4ab	2	実数(日)
						理学療法(C)	378	O4ac	3	実数(分)
						作業療法(A)	379	O4ba	2	実数(日)
						作業療法(B)	380	O4bb	2	実数(日)
						作業療法(C)	381	O4bc	3	実数(分)
						言語療法(A)	382	O4ca	2	実数(日)
						言語療法(B)	383	O4cb	2	実数(日)
						言語療法(C)	384	O4cc	3	実数(分)
		心理療法(A)	385			O4da	2	実数(日)		
		心理療法(B)	386			O4db	2	実数(日)		
		心理療法(C)	387			O4dc	3	実数(分)		
		呼吸療法(A)	388			O4ea	2	実数(日)		
		呼吸療法(B)	389			O4eb	2	実数(日)		
		呼吸療法(C)	390			O4ec	3	実数(分)		
				看護師による機能リハ・歩行訓練(A)	391	O4fa	2	実数(日)		
				看護師による機能リハ・歩行訓練(B)	392	O4fb	2	実数(日)		
				看護師による機能リハ・歩行訓練(C)	393	O4fc	3	実数(分)		

	項目	項目名	No.	Code	長さ	選択肢	
	O5	受診・入院（過去90日間の回数）	入院	394	O5a	2 実数(回数)	
			救急外来(入院に至ったものは含まない)	395	O5b	2 実数(回数)	
			医師の診察	396	O5c	2 実数(回数)	
			受診(過去14日間の回数)	397	O6	2 実数(回数)	
			医師の指示変更	398	O7	2 実数(回数)	
	O8	身体抑制	身体抑制	399	O8a	1 0.いいえ 1. はい	
			すべてにベッド柵	400	O8b	1 0~5	
			体幹部の抑制	401	O8c	1 0~5	
			立ち上がりを防ぐ椅子	402	O8d	1 0~5	
P	意思決定権と事前指示	P1	意思決定権	法定後見人等	403	P1a	1 0.いいえ 1. はい
			任意後見	404	P1b	1 0.いいえ 1. はい	
			家族等の代理決定	405	P1c	1 0.いいえ 1. はい	
		P2	事前指示	蘇生術をしない	406	P2a	1 0.いいえ 1. はい
			挿管しない	407	P2b	1 0.いいえ 1. はい	
			入院しない	408	P2c	1 0.いいえ 1. はい	
			経管栄養しない	409	P2d	1 0.いいえ 1. はい	
			薬剤制限	410	P2e	1 0.いいえ 1. はい	
Q	支援状況	Q1	インフォーマルな援助者（主）主介護者（副）副介護者	本人との関係(主)	411	Q1a1	1 1~9
				本人との関係(副)	412	Q1a2	1 1~9
				同居(主)	413	Q1b1	1 0~2, 8
				同居(副)	414	Q1b2	1 0~2, 8
				IADLの援助(主)	415	Q1c1	1 0.いいえ 1. はい 8. いない
				IADLの援助(副)	416	Q1c2	1 0.いいえ 1. はい 8. いない
				ADL援助(主)	417	Q1d1	1 0.いいえ 1. はい 8. いない
				ADL援助(副)	418	Q1d2	1 0.いいえ 1. はい 8. いない
		Q2	インフォーマル援助者の状況	インフォーマル援助者(たち)はこれ以上ケアを続けられない	419	Q2a	1 0.いいえ 1. はい
				主なインフォーマル援助者は苦悩、怒り、うつを表現する	420	Q2b	1 0.いいえ 1. はい
				家族や近い友人は利用者の病気によって憔悴している	421	Q2c	1 0.いいえ 1. はい
				過去3日間のインフォーマルな援助量	422	Q3	2 ADLやIADLの援助に費やした時間(h)
R	退院・退所の可能性			利用者は地域に戻りたいと/留まりたいと言うか、それを示す	423	R1a	1 0.いいえ 1. はい
				退院・退所に対して、または地域にある住宅の維持に対して積極的な支援者がいる	424	R1b	1 0.いいえ 1. はい
				地域に住む家がある	425	R1c	1 0.いいえ 1. はい
				地域に退院・退所するまでの予測期間	426	R2	1 0~5
S	環境評価	S1	屋内の環境	家の荒廃	427	S1a	1 0.いいえ 1. はい
				不潔	428	S1b	1 0.いいえ 1. はい
				不十分な冷暖房	429	S1c	1 0.いいえ 1. はい
				安全の欠如	430	S1d	1 0.いいえ 1. はい
				家や家の中の部屋への手段が制限されている	431	S1e	1 0.いいえ 1. はい
				バリアフリー仕様の住宅に居住	432	S2	1 0.いいえ 1. はい
		S3	周辺環境	緊急通報、電話回線、緊急アラーム装置など。	433	S3a	1 0.いいえ 1. はい
				援助なしで行ける日用品の店がある	434	S3b	1 0.いいえ 1. はい
				日用品の配慮を頼むことができる	435	S3c	1 0.いいえ 1. はい
				経済状況	436	S4	1 0.いいえ 1. はい

項目			項目名	No.	Code	長さ	選択肢
T	今後の見通しと全体状況		過去90日間(または前回アセスメント時)におけるケアの目標の達成	437	T1	1	0.いいえ 1.はい
			90日前(または前回アセスメント時)と比較した全体の自立度の変化	438	T2	1	0~2
			悪化する前に自立していたADLの数	439	T3	2	G2a入浴~G2j食事の10項目中該当突数
			悪化する前に自立していたIADLの数	440	T4	1	G1a食事の仕度~G1h外出の8項目中該当突数
			増悪原因の起こった時期	441	T5	1	0~4.8
U	利用の終了		終了日	442	U1	10	西暦8桁入力
			今後の居住場所	443	U2	2	1~18
			退所後にサービスを受ける予定	444	U3	1	0.いいえ 1.はい
V	アセスメント情報		アセスメント完成日	445	V2	10	西暦8桁入力
W	アセスメント外の情報(研究として必要な項目)	W1	ID・事業者番号等				
			ケアマネジャーID	446	W1a	10	10桁
			利用者ID	447	W1b	10	10桁
			連携番号	448	W1c	20	20桁
			法人番号	449	W1d	10	10桁?
			事業種コード	450	W1e	3	2~3桁?
			アセスメント回数	451	W1f	3	突数(回)
			前回アセスメント基準日	452	W1g	10	西暦8桁入力
		W2	CAP				
			CAP_1 身体活動	453	W2a	10	10桁
			CAP_2 IADL	454	W2b	2	0.なし 1.あり
			CAP_3 ADL	455	W2c	2	0.なし 1.あり
			CAP_4 住環境の改善	456	W2d	2	0.なし 1.あり
			CAP_5 施設入所のリスク	457	W2e	2	0.なし 1.あり
			CAP_6 身体抑制	458	W2f	2	0.なし 1.あり
			CAP_7 認知低下	459	W2g	2	0.なし 1.あり
			CAP_8 せん妄	460	W2h	2	0.なし 1.あり
			CAP_9 コミュニケーション	461	W2i	2	0.なし 1.あり
			CAP_10 気分	462	W2j	2	0.なし 1.あり
			CAP_11 行動	463	W2k	2	0.なし 1.あり
			CAP_12 虐待	464	W2l	2	0.なし 1.あり
			CAP_13 アクティビティ	465	W2m	2	0.なし 1.あり
			CAP_14 インフォーマル支援	466	W2n	2	0.なし 1.あり
			CAP_15 社会関係	467	W2o	2	0.なし 1.あり
			CAP_16 転倒	468	W2p	2	0.なし 1.あり
			CAP_17 痛み	469	W2q	2	0.なし 1.あり
			CAP_18 褥瘡	470	W2r	2	0.なし 1.あり
			CAP_19 心肺機能	471	W2s	2	0.なし 1.あり
			CAP_20 低栄養	472	W2t	2	0.なし 1.あり
			CAP_21 脱水	473	W2u	2	0.なし 1.あり
			CAP_22 胃ろう	474	W2v	2	0.なし 1.あり
			CAP_23 健診・予防接種	475	W2w	2	0.なし 1.あり
			CAP_24 適切な薬剤使用	476	W2x	2	0.なし 1.あり
			CAP_25 喫煙と飲酒	477	W2y	2	0.なし 1.あり
			CAP_26 尿失禁	478	W2z	2	0.なし 1.あり
			CAP_27 便秘	479	W2za	2	0.なし 1.あり

5. 研修時に使用した資料

[資料 1]

2014/11/21

介護Q I 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一事例を使ってー
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—

I.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、J3I 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となります。

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☑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。

II. 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思っている

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）、また利用者への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. その場面を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、F1 d~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）。

① 予想以上に悪化が進んでいる人

② 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

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「難しくない」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.いろん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ル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

[資料 2]

インターライ方式ケアアセスメント 詳細説明

みとろ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

① インターライ方式とは

「① インターライ方式とは」 目次

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 公式テキスト | (スライドNo9-10) |
| 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
編者・監訳・高齢者住宅
著：John N. Morris/ほか
監訳：池上 善己
翻訳：山田 ゆかり/石橋 智昭
判型 A4
頁 368
発行 2011年12月
定価 3,580円（本体3,500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 記入要領

選択肢を選ぶ際の注意点

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 療育の状態
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・退院の可能性（受診時のみ）
H 失業	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	認知	機能	社会	CAP	認知	機能	社会
視覚面				認知面			
1. 身体運動の発達	○	○	○	14. 転倒	○	○	○
2. IADL	○	○	○	15. 転写	○	○	○
3. ADL	○	○	○	16. 視覚	○	○	○
4. 作業能力の発達	○	○	○	18. 4. 聴覚	○	○	○
5. 新設入浴のサポート	○	○	○	20. 飲食物	○	○	○
6. 身体接触	○	○	○	21. 脱水	○	○	○
精神面				22. 閉ちう	○	○	○
7. 認知低下	○	○	○	23. 転倒・予防管理	○	○	○
8. 不安定	○	○	○	24. 適切な薬剤管理	○	○	○
9. コミュニケーション	○	○	○	25. 薬性との併用	○	○	○
10. 気分	○	○	○	26. 処方薬	○	○	○
11. 行動	○	○	○	27. 便秘	○	○	○
12. 虐待	○	○	○				
社会面							
13. アクティビティ	○	○	○				
14. インフォームドコンセント	○	○	○				
15. 生活情報	○	○	○				
				計	28	22	19

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できます

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

(1) スケール(Scale)

《利用者の各側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最大値時(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、具体的な対応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持定し、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1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》

例) QI 1.1 転倒

QI = $\frac{\text{質として問題のある利用者数}}{\text{問題を発生する可能性のある利用者数}}$

過去90日間の転倒者

寝たきりでベッド上での動きがない利用者(除く)全利用者

$\frac{5人}{100人} = 5\%$

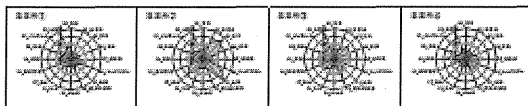
値が高いほど質が悪い

《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) 重症の痛み
(7) 補助具の不使用	(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) 室内移動の悪化	(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高い可能性

《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

当該介護QI分野の分子に該当した利用者。その利用者が該当するうえでのリスクが高かったかどうかを見出される

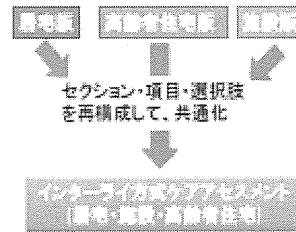
分子に該当するリスクが高かったにもかかわらず該当した利用者のケアプランを見直す

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

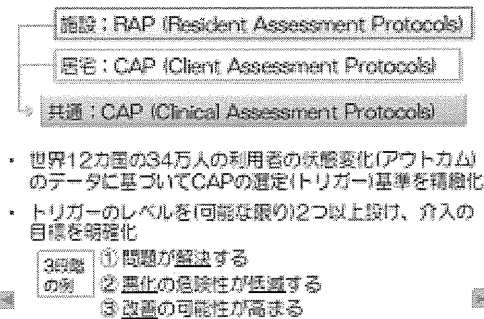
- (1) アセスメント項目の共通化
- (2) CAPの一本化と精緻化
- (3) 変更されたアセスメント項目

(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)
- ・ 自動車の運転 (G7)
 - 過去90日間に自動車を運転した
 - 過去90日間に運転した場合、運転を制限したり、やめたほうが良い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)と転倒回数の基準を追加
- ・ 問題の頻度（前版では「現在」） (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、匿名の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(実務編)

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「俺を厄介払いしたんだ」と文句を言い、娘には「恩知らずめ」と叱責する
- 娘がいなくなる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

Q1. ケア、予防、暮らしの改善の必要性 Q2. 本人は誰かからの支援、援助を必要としているか Q3. 本人は誰かから助けを必要としているか	
① ない	
② あるが、週に1回は必要としている	1
③ 週に3回以上のケア、予防が必要	2
④ 週に5回以上のケア、予防が必要	3
Q4. 気分の落ち込み	1
Q5. 自分や他者に対する執拗した批判	2
Q6. 非現実的な恐れがあることを思わせる言動を言及	3
Q7. 繰り返しの不快を訴える	1
Q8. たびたび不安、心配ごとを訴える(被害上の不安は除く)	2
Q9. 怒り、悲しみ、苦悶、心酔した感情	1
Q10. 泣く、涙もろい	2
Q11. 何かいふことの繰り返しやうたを繰り返す	3
Q12. 興味をもつていない活動もなくなる	1
Q13. 社会的実態の減少	1
Q14. 入社の意欲を失っているとかいふ発言を言及	2
Q15. 孤独感(他感自覚)	1

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さんは要
を最近こく
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 身体活動の促進	—	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 施設入所リスク	○	19 心臓機能	—
6 身体抑制	—	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 適切な薬物使用	—
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 施設入所リスク	→ 住宅改修
CAP16 転倒	
【検討を見送ったCAP】	これら5CAPは、うつ
CAP7 認知低下	状態に大きく影響を受け
CAP15 社会参加	るため、うつの治療経過
	を見てから再検討する

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