

日本版 成人・高齢者用  
アセスメントとケアプラン（財団方式）

---

# 展開方法テキスト

開発責任機関  
公益財団法人 日本訪問看護財団

## まえがき

1996年4月に、日本訪問看護振興財団（現・日本訪問看護財団）では「日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン」の初版を発行致しました。

2000年の介護保険制度の開始に伴い、介護支援専門員の課題分析ツールのひとつとして、介護支援専門員実務研修の資料としても活用されてまいりました。

その後、全国の介護支援専門員実務研修財団方式指導講師の意見や実践者たちの要望を受け、2004年に基本情報、認知症のアセスメント項目の一部改定を行いました。

2006年には、介護保険法の改正にともない、アセスメント用紙の一部改訂と介護予防サービス・支援計画関係の用紙を追加しました。

戦後ベビーブーム世代がすべて75歳以上となるのは2025年で、その後は超高齢社会・多死社会になります。できるだけ住み慣れた地域で自立して暮らし続けられるようにと、各地では地域包括ケアシステムの構築が進められています。

2014年には医療介護総合確保推進法が制定されて、医療も介護も必要な高齢者の増加から医療と介護の一体化政策が推進されています。

財団方式アセスメントツールの特徴は、従来から評価されているように、30領域のアセスメントにより、特に、医療ニーズと介護ニーズあわせもつ要介護者の看取りまで含めたケアプランの作成には最適なツールです。

また、財団方式は、アセスメントからモニタリング・評価までの一連のプロセスにおいて、ご利用者・ご家族及びサービス担当者の関わりを漏れなくアセスメントできるケアマネジメントツールであるとの高い評価を得ております。さらに、介護予防サービスのケアプラン作成においても、財団方式のアセスメント項目による対応が可能です。

本テキストは、短時間で財団方式を理解し、実務に活用できることをねらいとした解説書です。これまでも、財団方式の指導者用テキストとして、教育用教材として活用されております。

本テキストがケアマネジャーをはじめ教育・研修関係者など多くの皆様に、広くご活用されることを願っております。

平成29年6月30日



# 目 次

## 1. アセスメントとケアプランの概要

1-1：ツールの特徴	3
1-2：アセスメントとケアプランの流れ	4
1-3：アセスメント票の枠組み（14票）	5
1-4：ケアプラン作成のための課題領域	6
1-5：「リアセスメント（再アセスメント）」時期の目安	7
-2回目以降は必要領域のみ確認、スピーディに終了！-	
1-6：「アセスメント・ケアプランと個別援助計画」の位置付け	8
-各専門職別のアセスメント・ケアプランとの関係-	

## 2. アセスメントの記入の仕方

2-1：「アセスメント」①-アセスメントのポイントは、アセスメント票の内容を理解することです-	11
2-2：「アセスメント」②-アセスメント票記入の6つのポイントを確認する-	12

## 3. アセスメント・ケアプラン・モニタリングの実際

3-1：ステップⅠ-課題領域別に課題を明確化-	19
3-2：ステップⅡ-課題を選定し、ケアプランの必要性・方向性を整理-	22
3-3：ケアプラン作成における領域の優先順位の決め方のポイント	25
3-4：ステップⅢ-居宅サービス計画書・週間サービス計画表の作成-	26
3-5：サービス担当者会議-開催の流れと役割を確認しましょう-	28
3-6：「モニタリング」-確実なケアの実践に欠かせないプロセスです-	30
3-7：「評価」-ケアの質を維持し高めていくために、厳しく評価を行いましょう-	32

## 4. アセスメント票 記入時補足資料

「家族世代関係図」記入の取り決め	37
傷病名の分類	38

## 5. 手法に関する Q & A

アセスメント手法に関する Q & A	41
ケアプランに関する Q & A	43
モニタリング、評価、全体に関する Q & A	43
介護予防サービス、支援計画表に関する Q & A	44

○財団方式記録様式一式	45
-------------	----

○財団方式書籍紹介	
-----------	--





## 1. アセスメントとケアプランの概要



## 1-1 : ツールの特徴

---

### 1. 開発経緯

1992年に日本看護協会が開発した「看護協会版高齢者訪問看護アセスメント用紙」とMDS / R A P sを比較し、両者の不足や重複を検討した結果、アセスメント項目を試作した。1993年、94年及び95年に実地調査を行って、項目の妥当性と信頼性の検討を加えていった。1996年には「日本版 アセスメントとケアプラン」の初版を発行した。

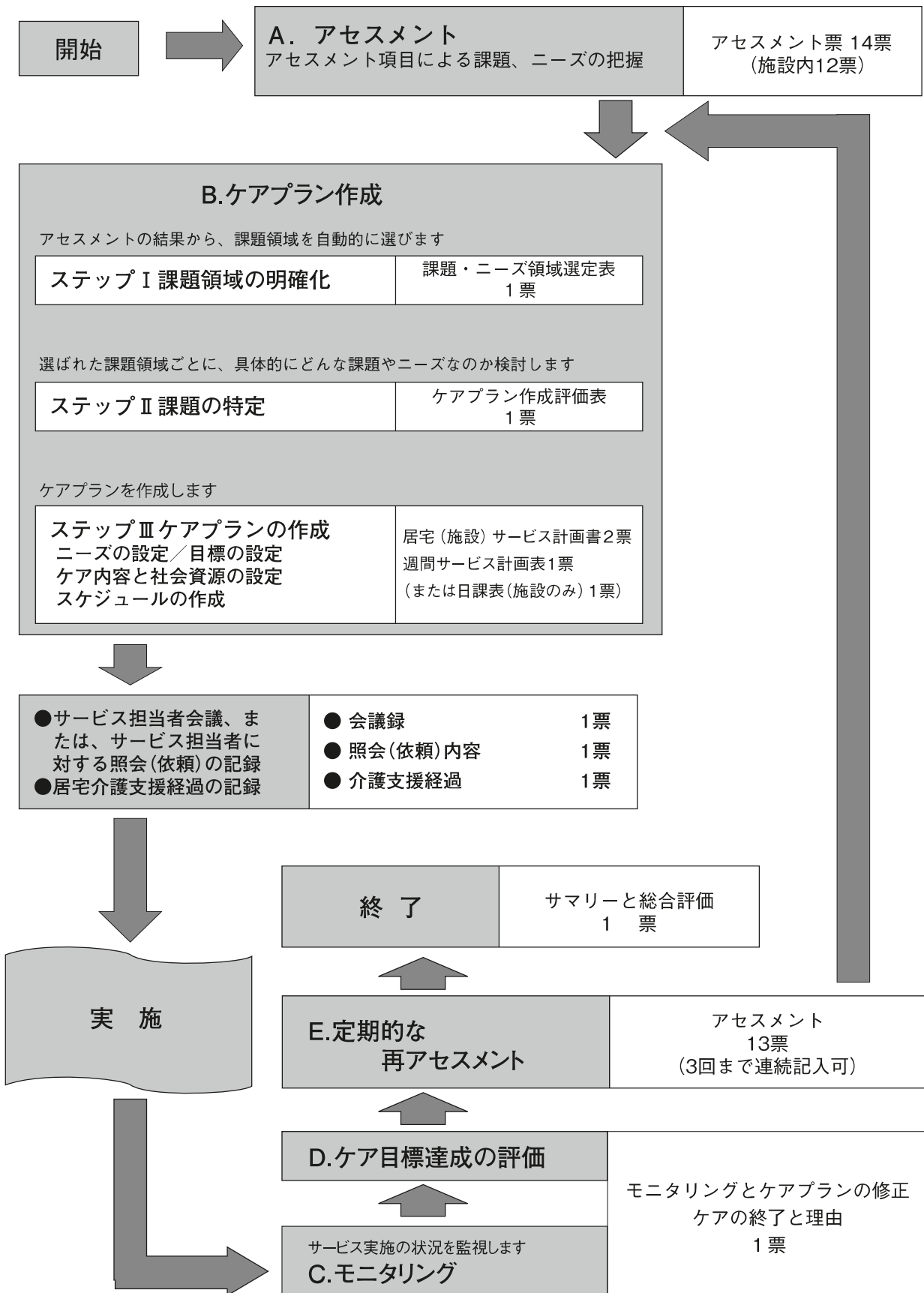
### 2. ツールの特徴

- ①アセスメント～ケアプラン作成～サービスの実施～モニタリングまで、一貫した根拠でシステムティックに作業を進められる。
- ②社会生活への参加、療養の支援から介護・家事援助など、必要なケアニーズをもれなく把握できる。
- ③介護保険における要支援・要介護認定の調査項目を包含しており、短時間でアセスメントが行える。
- ④成人から高齢者まで、幅広い層を対象とできる。
- ⑤保健・医療・福祉すべての職種が共有・共用できる。
- ⑥本人のみならず、家族や介護者の状況が把握できる。
- ⑦在宅と施設でアセスメント票が併用できる。
- ⑧3回目までのアセスメントを並列で記入でき、経過を明らかにできるため質の評価に繋ぐことができる。

### 3. 30の課題領域

1. コミュニケーション、聴覚障害 2. 視覚障害 3. せん妄状態 4. 認知症 5. ADL / IADLの低下  
リハビリテーション 6. 転倒の危険性 7. 日常生活用具・居住環境 8. 孤立・生活意欲低下 9. 気分の落ち込み・憂うつ・情緒不安定 10. 行動障害・周辺症状 11. 役割遂行 12. 対人関係 13. 食事・栄養状態 14. 脱水状態・水分補給 15. 歯・口腔ケア 16. 排泄ケア・コントロール 17. 課題となる兆候・病状の安定性 18. 健康管理・セルフケア 19. 睡眠 20. 皮膚・清潔ケア 21. 痛みのコントロール  
22. 虐待予防 23. 薬の管理・服薬 24. 呼吸・心臓機能の変調 25. 感染・発熱の兆候 26. 医療的処置や器材 27. 家族介護力・家族機能 28. 家事 29. 経済・制度利用の選択や変更・拡大 30. ターミナル期

## 1-2 : アセスメントとケアプランの流れ



## 1-3: アセスメント票の枠組み (14票)

### アセスメント票 (14票) の枠組み

票 1 (No. 1)	I. 基本情報 本人の状況、介護保険・医療保険・公費制度、ケアプラン立案の理由、家族構成、健康状態等	アセスメント項目数
票 2 (No. 2)	1. 現在利用しているサービスの提供機関 2. 利用者の生活歴・生活情報・訴え 3. 社会保障制度利用・経済	12
票 3 (No. 3)	II. 生活療養情報 A. コミュニケーション・視聴覚・認知の状態 1. コミュニケーション・聴覚 2. 視覚・視野 3. 認知の状態	26
票 4 (No. 4)	B. 身体機能・リハビリテーション 1. 日常生活動作の状態 2. 社会生活動作の状態・精神的意欲	41
票 5 (No. 5)	C. 身体のコントロール 1. 身体のコントロール D. 皮膚の状態と清潔 1. 皮膚・清潔 2. 褥瘡	30
票 6 (No. 6)	E. 排泄のコントロール 1. 排泄のコントロール F. 痛みの状態 1. 痛みの状態	14
票 7 (No. 7)	G. 栄養状態と食べ方の状況 1. 食事 2. 栄養状態・食べ方 3. 飲水 H. 歯と口腔の状況 1. 歯・口腔	19
票 8 (No. 8)	I. 社会生活への参加意欲 1. 社会生活への参加状態 J. 気分と行動・行動障害・周辺症状 1. 気分と行動 2. 行動障害・周辺症状	28
票 9 (No. 9)	K. 対人関係・ケア上の課題 1. 対人関係 2. ケア上の課題 L. 認知症の状態 1. 認知症の状態	13
票 10 (No. 10)	M. 生活習慣・課題となる兆候 1. 生活習慣 2. 課題となる兆候や症状 3. 状態の安定性	17
票 11 (No. 11)	N. 治療の状況 1. 既往歴・主副傷病名 2. 特別な治療・ケア O. 薬・使用薬の状況 1. 使用薬の状況	39
票 12 (No. 12)	III. ターミナルケア情報 1. ターミナル期	6
票 13 (No. 13) 在宅	IV. 家族介護・家事の情報 1. 家族介護の状況 2. 家事負担の状況	19
票 14 (No. 14) 在宅	V. 社会資源導入情報 1. 住宅の改修 2. 生活用具の導入 3. 社会サービスの導入	25
合計	在宅用 325 項目・施設用 281 項目	

ターミナル期のみ使用  
施設内不要  
退所時使用

\*実際のアセスメント票は、別途収録されております。併せてご覧ください。

## 1-4 : ケアプラン作成のための課題領域

ケアプランの作成はまず、「課題・ニーズ領域選定表」により利用者に必要な「課題・ニーズ領域」を選定することからスタートします。長期ケアが必要な利用者の課題・ニーズ領域は、表に示す「30の課題・ニーズ領域」、施設対象者は「27の課題・ニーズ領域」でケアプランを考えます。

この30(27)の課題領域は、要介護者に生じやすい課題ニーズを、財団独自の調査研究の成果から我が国の高齢者の特徴を取り入れ、特に重要と判断された課題・ニーズを領域化して選定したものです。

1. コミュニケーション・聴覚障害に関わる検討
2. 視覚障害に関わる検討
3. せん妄状態に関わる検討
4. 認知症に関わる検討
5. ADL・IADLの低下・リハビリテーションに関わる検討
6. 転倒の危険性に関わる検討
7. **在宅** 日常生活用具・居住環境に関わる検討
8. 孤立・生活意欲低下に関わる検討(生活の活性化)
9. 気分の落ち込み・憂うつ・情緒不安定に関わる検討
10. 行動障害・周辺症状に関わる検討
11. 役割遂行に関わる検討
12. 対人関係に関わる検討(望ましい人間関係)
13. 食事・栄養状態に関わる検討
14. 脱水状態・水分補給に関わる検討
15. 歯・口腔ケアに関わる検討
16. 排泄ケア・コントロールに関わる検討
17. 課題となる兆候・病状の安定性に関わる検討
18. 健康管理・セルフケアに関わる検討
19. 睡眠に関わる検討
20. 皮膚・清潔ケアに関わる検討
21. 痛みのコントロールに関わる検討
22. 虐待予防に関わる検討
23. 薬の管理・服薬に関わる検討
24. 呼吸・心臓機能の変調に関わる検討
25. 感染・発熱の兆候に関わる検討
26. 医療的処置や器材に関わる検討
27. **在宅** 家族介護力・家族機能に関わる検討
28. **在宅** 家事に関わる検討
29. 経済・制度利用の選択や変更・拡大に関わる検討
30. ターミナル期に関わる検討

※ 施設内ケアプランの場合は、**在宅**の領域を使いません。施設で使用する際は27領域で検討されます。ただし在宅に向けてのケアプラン作成(退院、退所時)の場合は在宅の場合と同じく、30領域全てを検討します。

※ それぞれのニーズ領域の選定根拠、検討の指針について、書籍「日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン(第4版)」で詳しく説明してあります。ぜひご熟読ください。

## 1-5: 「リアセスメント (再アセスメント)」 時期の目安

—2回目以降は必要項目のみ確認、スピーディに終了!—

一人の利用者に対するアセスメント・ケアプラン作成が1回きりで終わるということは、特別な場合を除いてほとんどなく、リアセスメント (再アセスメント) とケアプランの修正・再立案をくり返し行います。リアセスメント、及びケアプラン修正は定期的に、もしくは利用者の状況にあわせ、必要時に確実に実施されなくてはなりません。

下に、アセスメントが必要な状況及び時期の目安を示します。これはあくまで目安であり、実際の現場では、ケア実施の全体像を把握するケアマネジャーが、リアセスメントの必要時期を判断することになります。

	時期の目安	アセスメント・ケアプランの実施・修正期限
初回 フルアセスメント	①初回に訪問 (入所) したとき ②訪問 (入所) を一度中止して、再訪問 (再入所) となったとき	入所日・初回訪問日から7日以内 内容修正は14日以内
第2回 (必要項目のみ)	①入所日・初回訪問日から 3ヶ月以内に実施	初回から90日までに実施 内容修正は14日以内
4半期レビュー (必要項目のみ)	③直近①のフルアセスメントから 90日以内ごとに (6ヶ月、9ヶ月)	2回目から90日までに実施 修正は14日以内
12ヶ月以降 年1回はフルアセスメント	12ヶ月、24ヶ月、36ヶ月以降も 同じくフルアセスメント	前回から90日までに実施 修正は14日以内
臨時 フルアセスメント	対象者の状態に重大な変化が生じた時	重大な変化が生じたときとされる14日 以内に実施
	・病院・特養等に3日以上入所していた後、 再訪問するとき ・退所して3日以上たち、再入所したとき	再訪問・再入所日から14日以内に 実施
	・病院に3日未満入院・入所後再訪問する とき (重大な変化が生じたときのみ) ・退所して3日未満だが、重大な変化が 生じている時	重大な変化が生じたときとされる日から 14日以内に実施

アセスメントのスケジュールは、米国・アセスメントのスケジュール例 (NHCMQ 事業、サウス・ダコタ州) を参照

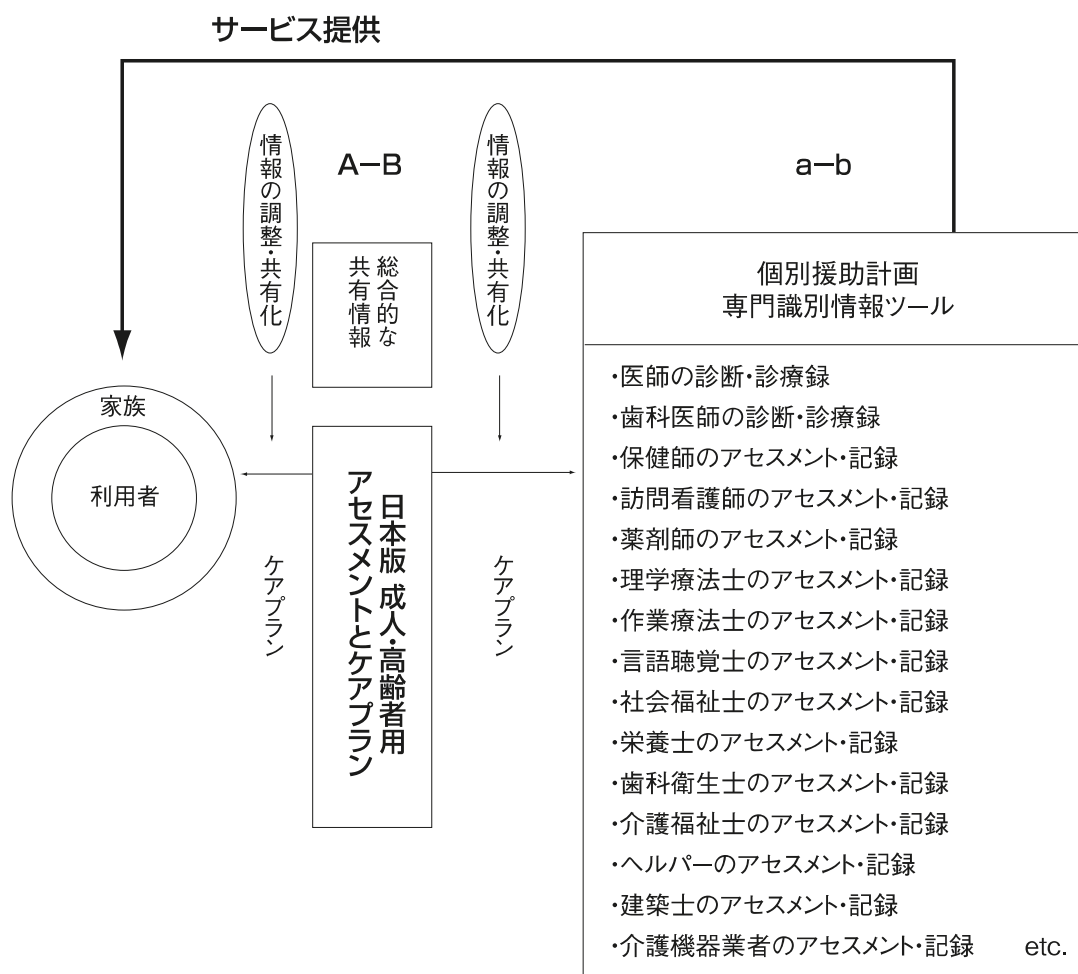
※ 介護保険における再要介護認定の時期は、6ヶ月～24ヶ月とされています。



## 1-6 : 「アセスメント・ケアプランと個別援助計画」の位置づけ—各専門職別のアセスメント・ケアプランとの関係—

「財団方式」は、在宅、施設を問わずチームケアにおいて、全専門職の情報・プランの共有に役立ちます。ケアマネジャーがチーム全体のアセスメント・ケアプラン作成を「財団方式」で行い（A-B）、このケアプランに沿って、各専門職がその役割を達成するため、個別援助計画（実施計画）をたてます。（a-b）「財団方式」は、専門職種別のアセスメント・ケアプランを繋ぐアセスメント・ケアプランツールです。

	アセスメント	アセスメント
財団方式 (日本版成人・高齢者用 アセスメントとケアプラン)	A	B
個別援助計画における 専門識別ツール	a	b



## 2. アセスメントの記入の仕方



## 2-1 :「アセスメント」① -アセスメントのポイントは、アセスメント票の内容を理解することです-

### 1) アセスメント票の各項目の方針について

アセスメント票の各項目は、長年の調査と研究を重ね、客観的・科学的な根拠のもとに長期ケア者に適した、ケアマネジメントに必要な内容を精選しています。アセスメント中の小分類項目別に、アセスメントの目標・定義・アセスメント方法・記入上の留意点（下図）を明示しています。この仕組みにより、財団方式によるアセスメントがよりスムーズとなり、活用の範囲が広がります。

書籍「日本版 成人・高齢者用 アセスメントとケアプラン」（日本訪問看護振興財団発行、日本看護協会出版会出版）で詳細を説明しています。是非ご熟読下さい。

#### アセスメント項目の整理方法

- 1) アセスメントの目的を明示：アセスメント・情報収集の目的を理解する
- 2) アセスメント項目の定義化：アセスメントの範囲を理解する
- 3) アセスメントの方法：アセスメントすべき項目の内容や、アセスメント方法を理解する
- 4) 記入上の留意点：具体的な記入上の注意を確認する。→ 居宅用の注意点を確認する

### 2) アセスメント票

アセスメント票は、大分類（Ⅰ～Ⅴ）、大分類の詳細（Ⅱ-A～O）、中分類、小分類、アセスメント項目という作り方をしています。

大分類	Ⅱ 生活療養情報				
	©公益財団法人 日本訪問看護財団（複写を禁ず）				
大分類の詳細	A. コミュニケーション・視聴覚・認知の状態（1～3）				
	日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン				
中分類	1. コミュニケーション・聴覚	アセスメント日： / / / / / /			
小分類	① コミュニケーションの表現方法	a. 会話			
		b. 筆談			
		c. 合図(サイン)・身振り			
		d. 文字板(コミュニケーションボード)			
		e. 手話や点字			
		f. パソコンやワープロ			
		g. その他(表情・通訳等)			
小分類	② 会話の程度	0. 普通に会話ができる			
		1. ゆっくりとしているが会話はできる			
		2. 不鮮明な部分もあるが会話はできる			
		3. 言い間違いなどが多く会話になっていない・言葉にならない			
		4. 会話は全くできない			
アセスメント項目					

## 2-2 :「アセスメント」②-アセスメント票記入の6つのポイントを確認する-

アセスメント票は、効果的にアセスメントをすすめるための工夫が随所にあります。ここで、これらの特色と記入時の注意点を良く理解して下さい。

より短時間で、効率よく記入を済ませることができるようになります。

### 1) 「在宅」のみで使用する票がある

前述(5ページ:「アセスメント票項目数」)で説明したとおり、No.13(Ⅳ.家族介護・家事の情報)及びNo.14(Ⅴ.社会資源導入情報)は在宅のみで用います。

但し、退院・退所時のプラン作成では、施設で行うアセスメントでも、上記2票の記入が必ず必要となります。

### 2) 「ターミナル」のみで使用する票——必要性の判断

No.12(Ⅲ.ターミナルケア情報)の「1 ターミナル期」項目は、在宅・施設ともにターミナルの場合にのみ使用します。

利用者がターミナルの時期か否かの判断が必要ですが、医療職以外は「医師の意見書」や「意見」を確認し記入してください。不可能な時は、サービス担当者会議で確認してください。

ターミナル期の判断：医師の意見書「予後について」  
「訪問入浴・介護等サービスを提供する際に医学的観点から特に留意すべき事項」  
「発生の可能性が高い病態とその対処方針」(緊急時の対応等を含む)

### 3) 主介護者・キーパーソンの記入に注意 (No.1・No.13の家族構成や家族の介護)

#### < No.1の「家族の状況」について >

- ・主介護者欄は、家族や親族に加え、ヘルパー等を含めて記入する。
- ・介護担当者と内容欄は、主介護者がキーパーソンを兼ねているときは、双方を記入する。
- ・キーパーソンとは家族間の調整を行ったり、家族内の物事の最終決定権をもっている人のことをいう。
- ・介護者が家族内に不在の「ひとり暮らし」は、家族介護のアセスメントは不要となる。しかし、家事のアセスメントはする。

#### < No.13の「1 家族介護の状況」について >

- ・家族介護の①～⑧のアセスメントは、「主介護者／キーパーソンがいる場合」にのみ記入する。
- ・キーパーソンをみの時、介護を実施していなくても、社会資源の導入の決定や、家族間の調整等、コーディネートを行っているので負担感や知識・技術力の判断が必要となる。
- ・ひとり暮らしで、近所に親族がいない場合、外部からのケア担当者(ヘルパー等)が家事全般を代行している場合がある。その場合は「社会資源」の介護力を使っているため、家族介護の③～⑧は記入しない。

#### < No.13の「2 家事負担の状況」について >

- ・家族がいなくても、本人の家事の状況を判断するため、①②③全て記入する。

#### 4) 生活動作(ADL)の判断基準—7段階、社会生活動作(IADL)の判断基準—6段階(No. 4)

##### (1) 生活動作—7段階判断

・生活動作は段階である。判断レベルをよく確認して判断することが大切である。また本人が現在実際に行っている動作と、本来できる能力のレベルに差がある場合は、それぞれが区別できるよう記入する。

- |                           |                                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 0 (自立) . . . . .          | スムーズに自力でできる                          |
| 1 (観察・誘導) . . . . .       | 不安があるので見守ったり、声をかけるが手は出さないですむ         |
| 2 (部分的な依存) . . . . .      | 動作の一部分に手助けを必要とする                     |
| 3 (広範な依存) . . . . .       | 広範な手助けをすれば何とかやれる                     |
| 4 (全面依存で援助あり) . . . . .   | 行動の全てを援助され、自分でやれる部分はない               |
| 5 (全面依存で援助が必要だが . . . . . | まったく自力で動作できないうえ、援助されることもない<br>援助がない) |
| 6 (本動作は行っていない) . . . . .  | 動作そのものが行われていない                       |

##### (2) 社会生活動作—6段階判断

・No. 4の「2-①社会生活動作(家事動作)」のレベル判断も基本的に上記と同様である。よってこの項で「5(全面依存で援助が必要だが援助がない)」のレベルが多い場合、放置されている可能性があり、注意深い判断が必要である。

##### (3) 日常生活における精神的意欲—4段階判断

・No. 4の「2-②日常生活における精神的意欲」は、動作能力に関係なく、意欲の有無をみて判断する。認知症や精神疾患の場合は、よく動けるが自分から家事をしようという意欲の低下が見られることがあり、介護・家事双方の援助を要するのでこれらを注意深く判断する。

#### 5) アセスメントの期間が指定されている!

(1) アセスメント項目に期間が定められているとき、過去からの期間で判断する(No. 2・No. 3・No. 4・No. 5・No. 6・No. 7・No. 8・No.10・No.11)

(2) 過去2~3日間、7日間、30日間、60日間、90日間と区分がある。

(3) 変化が著しいアセスメント項目は短期間で判断し、転倒や骨折等状況が再度発生する予測のある項目は判断すべき期間を長期としている。

## 6) アセスメント票の記入方法—6通り

アセスメント票の記入部分は、次のような6通りの記入方法があります。いずれも簡単なものなので、実際の用紙を見て確認して下さい。

**A：事実をそのまま文章で記述する項目**

I. 基本情報 2  
氏名、住所、主治医 など

フリガナ	ザイダン タロウ		
氏名	財団 太郎	男・女	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都渋谷区神宮前〇-X-△		TEL
主治医	千代田 一郎	連絡先	TEL
緊急連絡先	財団 花子	続柄 妻	連絡先 TEL
事業者名		依頼経路	1. 市区 2. 直接 3. 他医
担当者名			

**B：利用者の状況と一致する項目を選択し空欄に番号を記入する項目**

II. 生活療養情報  
E -1- ④「尿失禁の状況」  
E -1- ⑥「便失禁の状況」 など

④ 尿失禁の状況 (過去7日間)	0. 完全にコントロールできる(カテーテル使用している) 1. 通常は失禁しない(週1回以下)ので介助は不要 2. 時々失禁する(週2回以上あるが毎日ではない) 3. しばしば失禁する(毎日失禁する傾向だが、若干コントロールが保たれている) 4. 失禁状態(コントロールできない、毎日頻繁に失禁)	選択	→ 3
⑥ 便失禁の状況 (過去7日間)	0. 完全にコントロールできるので介助は不要(人工肛門含む) 1. 通常は便失禁しない(週1回以下)ので介助は不要 2. 時々便失禁する(週2回以上あるが毎日ではない) 3. しばしば便失禁する(毎日便失禁する傾向だが、若干コントロールが保たれている) 4. 便失禁状態(コントロールできない、毎日頻繁に便失禁)	選択	→ 3

**C：2段階で選択する項目：まず「0」か「1」を選択・記入し、「1」の場合のみ詳細をつなげて「1-△」という形の記載になる複数選択項目**

II. 生活療養情報 E -1- ⑤「排便の状況」  
E -1- ⑦「排便の調整方法」 など

⑤ 排便の状況 (過去7日間)	0. 普通に排便 1. 課題あり →	a. 便秘(便が硬く、出にくい) b. 下痢	1-a ( 回/日/週/月 )
⑦ 排便の調整方法	0. 普通に排便 1. 課題あり →	a. 下剤・整腸剤を服用している b. 浣腸使用している c. 摘便 d. 食事、水分を調整している e. 対処なし	1-a

### D：複数選択項目：利用者の状況と一致する項目

すべてに✓を記入します

〔Ⅱ. 生活療法情報 A-1- ①「コミュニケーションの表現方法」など〕

①コミュニケーションの表現方法	a. 会 話	✓
	b. 筆 談	
	c. 合図(サイン)・身振り	
	d. 文字板(コミュニケーションボード)	
	e. 手話や点字	
	f. パソコンやワープロ	
	g. その他(表情・通訳等: )	

### E：非該当項目：非該当の時、斜線を記入します

② 視覚障害の状況	a. (食事の片側を残す等) 視野に課題がある	/
	b. 光の回りにかさや輪が見える	
	c. 明るさの変化に対応できない	
	d. その他 ( )	

### F：メモ欄について

「財団方式」では、実際に現場で活用された方々の要望を反映して、メモ欄を多く設けてあります。利用者の状況によっては、アセスメント票の記述でとりきれない情報、判断に迷う項目などが出てきます。このような場合メモ欄を大いに活用していただきたいと考えております。ただし、可能な限り客観的な表現を心がけて下さい

サービス	4. 配食・食事 5. その他( )
Memo	



## G：Ⅱ．生活療養情報「L - ①認知症の状態」の項目

柄澤式判定基準は、本人が質問に答えられなくても、家族が把握している日ごろの情報に基づいて、妥当な評価を得ることができますが、情報提供が適当かを判断する必要があります。そのため、家族などの面接に際しては、本人の一日（朝起きて寝るまで）を具体的に聴く方法があります。認知症と区別すべきものとして、正常な老化現象（うっかりミスなど）、廃用性の知的機能衰退、知的障害、意識障害など認知症の様な状態です。（「日本臨床」61巻増刊号9 185頁～186頁を参照）判定に関する留意点は次の4点です。①能力低下は衰えているほうのレベルで判定する、②日常生活能力は、ほぼ自立していても具体的事例に該当するところがあれば異常とみなす、③日常会話・意思疎通は、失語症や難聴を除外する、④具体的例示にあることがらは、ある程度の頻度で持続してあらわれる場合にそのレベルと判定する。  
評価レベル 1.2.3.4. を課題領域として判定結果にその番号を記入します。

### 1-① 認知症の状態

### L. 認知症の状態

判定（評価レベル）		日常生活能力	日常会話・意思疎通	具体的例示	
0	正 常	(-)	社会的、家庭的に自立	普通	活発な知的活動持続
	(±)	同上	同上	同上	通常の社会生活と家庭内活動可能
1	異 常 衰 退	軽度（+1）	・ 通常の家庭内での行動はほぼ自立 ・ 日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度	・ ほぼ普通	・ 社会的なできごとへの興味や関心が乏しい ・ 話題が乏しく、かぎられている ・ 同じことをくり返し話す、たずねる ・ いままでできた作業（事務・家事・買い物など）にミスまたは能力低下が目立つ
		中等度（+2）	・ 知能低下のため、日常生活が一人ではちょっとおぼつかない ・ 助言や介助が必要	・ 簡単な日常会話はどうやら可能	・ 慣れない状況で場所を間違えたり道に迷う ・ 同じものを何回も買い込む ・ 金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要
		高度（+3）	・ 日常生活が一人ではとてもむり ・ 日常生活の多くに助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない	・ 簡単な日常会話すらおぼつかない ・ 意思疎通が乏しく困難	・ 慣れた状況でも場所を間違え道に迷う ・ さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる
		最高度（+4）	同上	同上	・ 自分の名前や出生地すら忘れる ・ 身近な家族と他人の区別もつかない
判定結果				/ / / / / /	

※柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」による  
出典：「老年期痴呆」第10巻，87頁～89頁，1996年

### 3. ケアプラン・モニタリング・評価の実際



# 3-1 ステップI - 課題領域別に課題を明確化 -

## 1. 課題・ニーズ領域の選定方法

「ケアプラン作成」のまず第1歩は、「課題・ニーズ領域の明確化」で、30 領域ごとに課題の根拠を整理します。「アセスメント各票」から「課題・ニーズ領域選定表」を用いて、「ケアプラン作成検討表」に正しく転記します。手順に従って進めると、課題・ニーズ領域ごとにその課題の根拠が整理される仕組みになっています。

### 課題・ニーズ領域の選定方法

①課題・ニーズ領域選定は、記入をすませた「アセスメント票 (No.2～No.14)」(図 A) と「課題・ニーズ領域選定表」を用います。

図 A

### III ターミナルケア情報

◎公益財団法人 日本訪問看護財団 (複写を禁ず)

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

#### 1 ターミナル期

①ターミナル期の判断

A. ターミナル期である	0. しない
1. はい	1. はい

②死期が近づいている徴候

0. なし	a. 顔貌・意識不明 b. 寝食 (50g/日) 減少 c. 呼吸困難 (目、鼻、舌) d. 呼吸困難 e. 体温低下 (35℃) f. 尿量 (500ml) 以下 g. 食事や水分がとれない h. その他 ( )
1. あり	

③ターミナル期を過ごす場所 (本人・家族)

0. 考えていない
1. 入院・入所施設
2. ホス피스・緩和施設
3. 在宅
4. 不明

④死への受容 (本人・家族)

0. できている
1. できていない
2. 不明

※ ターミナル期とは、あらゆる治療をしても治癒に導くことが出来ずターミナル期の判断は医師によってなされ、ターミナル期間は死

Memo

図 B

### ① 課題・ニーズ領域選定表 (Step1-1)

◎公益財団法人 日本訪問看護財団 (複写を禁ず)

年 月 日 (第 回目)

		◎公益財団法人 日本訪問看護財団 (複写を禁ず)																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
基本情報	① 生活機能の重要希望	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
② 介護サービス・高機能医療	1																															
③ 介護保険制度や福祉サービスの利用	1(a,b,c,d,e,f)																															
④ 経済的負担感	1																															
生活機能情報		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
A ① 意識の増進	1,2,3,4																															
② 認知力の増進	2,3,4,5																															
③ 自分の意思を伝えられる	2,3																															
④ 人の話を理解	2,3																															
⑤ コミュニケーション能力の低下	2																															
B ① 視力の増進	1,2,3,4																															
② 聴覚障害の状況	abc,d																															
C ① センサの増進	abc,d,e																															
② 嗅覚の増進	2,3																															
③ 認知機能の変化	2																															
D ① 日常生活動作 (A～K,1つでも)	1,2,3,4,5,6																															
② 社会生活動作 (A～J,1つでも)	2,3,4,5																															
E ① 精神的苦痛 (A～I,1つでも)	1,2																															
F ① 睡眠 (A～D,K,1つでも)	2,3																															
② 栄養 (A～J,K,1つでも)	2,3																															
③ バランス (A～E,1つでも)	1,2,3																															
G ① 皮膚・褥瘡	abc,d,e,f,g																															
② 褥瘡 (A～F,1つでも)	1,1',1',1',1',1',1'																															
H ① 排便の状況	1(a,b,c)																															
② 尿量の状況	1																															
③ 尿の量	1(a,b,c,d,e)																															
④ 尿失禁	2,3,4																															
⑤ 尿失禁	1(a,b)																															
⑥ 尿失禁	2,3,4																															
I 生活機能情報		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
J ① 痛み (A～G,1つでも)	1,1',1',1',1',1',1'																															
K ① A 痛みの緩和 (治療中)	1,2																															
② B 痛みの状況	abc,d,e																															
③ A 痛みの緩和	1,2																															
④ B 痛みの緩和	1,2																															
⑤ C バランス	1																															
⑥ 排便の状況	2,3																															
⑦ 尿量	1,2,3,4																															
⑧ 尿失禁	2,3,4																															
⑨ 尿失禁	1(a,b)																															
⑩ 尿失禁	2,3,4																															
L ① 社会生活への参加	abc																															
② 過去の参加へのこだわり	ab																															
③ 自覚性・参加意欲	2																															
M ① 気分転換行動	abc,d,e,f																															
② 気分転換行動	1																															
③ 行動範囲・参加意欲	1,2																															
N ① 対人関係	abc,d,e																															
② ケア上の課題	abc,d,e,f,g																															
O ① 認知症	1,2,3,4																															

## 2. 課題・ニーズ領域選定表の考え方と選定する手順

課題・ニーズ領域選定表は、アセスメントと選定する手順でチェックされた課題について、対応の指針が導かれるように、しかけ（トリガー）が考えられています。（この手法は、MDS－RAPsの考え方を応用したものです）

- アセスメントから課題が判定されると、どのような領域の範囲で課題の検討をすべきかが示され、ケアプランにつながる仕組みになっています。この選定表は、評価とケア選択表とも言えます。
- 在宅のケア選定領域は30、施設は27の領域で課題の対応を検討します。

②アセスメント票の項目番号（①、②、③…）の上に、□がついている項目（①、②、③…）が、課題・ニーズ領域を選定できるアセスメント項目で90あります

※□のないアセスメント項目は？

□のない項目（①、②…の形のもの）は、ニーズ領域の選定には用いませんが、ケアの方向性を検討する際に重要な追加情報になります。ケアプラン時、これらの情報を総合的に生かします

		アセスメント票
②	会話の程度	0. 普通に会話ができる 1. ゆっくりとしているが会話はできる 2. 不鮮明な部分もあるが会話はできる 3. ほとんど話さない 4. ほとんど話さない・言葉にならない
③	聴力の程度	1. 補聴器を使えば普通に聞こえる 2. 補聴器を使えば聞き取れない 3. 補聴器を使っても聞き取れない 4. 補聴器を使っても聞き取れない

選定に用いる項目には目印がついています

### 課題・ニーズ領域選定表の考え方

③アセスメントの票の項目番号に□がついている項目は、すべて「課題・ニーズ領域選定表」の横軸のアセスメント票一項目として順番に記載します

④問題・ニーズ領域選定表の縦軸はa. アセスメント項目とb. 判断コード番号（課題として判断する基準）です。横軸は、③課題として判断すべき基準の番号が表記されています。140のアセスメント項目で、問題とすべきレベルを確認します

生活療養情報		1	2	3	4
A コミュニケーション・視聴覚	1-②会話の程度	3.4.	○		
	③聴力の程度	3.4.5.	○		
	④自分の意思を伝えられる	2.	○		
例：					
a. アセスメント票「②会話の程度」で、「4. 会話が全くできない」人の場合					
b. の問題とすべき判断基準は「3.4.の状態」なので、検討すべきレベルとして判断する					

課題・ニーズ領域選定表の考え方

⑤課題に該当するときは、横軸を左→右にたどって下さい。右側の細かいマス目の所々に、1-30の課題領域を選定するためのトリガー（しかけとなる○印）が示してあります。  
 課題に該当したときはトリガー（○印）を、塗りつぶす（●）か、中にチェックを入れて（☑）下さい

II 生活療養情報		1	2	3	4	5
A コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン ・ 視 聴 覚	1-②会話の程度	3④	●			
	-③聴力の程度	2①,4,5	○			
	-⑤自分の意思を伝えられる	7	○			
	-⑥人の話		○			
	-⑦コミュ		○			
2-①視力の程度			○			
-②視覚障害の状況		a.b.c.d.	○			
3-①せん妄の兆候		a.b.c.d.e.		○	○	
-②日常の意思決定		2,2		○		
-③認知状態の変化				○		

課題の項目を○で囲い、トリガーを黒く塗りつぶす

トリガー

⑥塗りつぶした（またはチェックした）トリガーを始点として、縦軸にそって上にたどります。該当した課題・ニーズ領域の番号に○印をつけて下さい。こうして、検討すべき課題・ニーズ領域が明らかになりました

		①	2	3	4	5
		コミュニケーション・聴覚				
		視覚障害に関する検討				
		せん妄状態に関する検討				
		ADL・IADLの低下				
②-⑤生活場所の変更希望		1.				
制度 利用	3-①高額介護サービス・高額医療	1.				
	-②公費医療制度や各種手帳の利用	1.(a.b.c.d.e.f.)				
	-③経済的負担感	1.				
II 生活療養情報		1	2	3	4	5
A コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	1-②会話の程度	3④	●			
	-③聴力の程度	2,3,4,5	○			
	-⑤自分の意思を伝えられる	2,3	○			

トリガーがチェックされているので…課題・ニーズ領域の「1」に○がつく

⑦対策のための領域選定

課題ニーズ領域 (Raps Resident Assessment Protocols) (対策領域)		1---	---4---	---12	...30
		コミュニケーション・聴覚の障害の検討	認知症の検討	対人関係（望ましい人間関係）の検討	
a. アセスメント項目 (課題の把握)	b. 判断コード番号 (課題として判断する基準)				
1-③会話の程度	4. ⑤のとき	● Trigger	● Trigger		
1-④聴力の程度	4. ⑤. 6のとき	● Trigger		● Trigger	
1-⑥意思伝達の程度	③. 4のとき	● Trigger		● Trigger	

○ 課題・ニーズ領域選定表は、140のトリガー (Trigger) により、アセスメント票の項目 30 の課題領域が結び付けられるようになっています

## 3-2 ステップⅡ -課題を選定し、ケアプランの必要性・方向性を整理-

ステップⅡでは、ステップⅠでまとめられた情報を中心に、各課題領域に挙げた課題点を特定し、ケアプランを作成すべき検討の方向性を導きます。ここからが真にケアマネジャーの力量が問われる点であり、正しい手法で回数を重ねると上達します。

### 手順は1～5と進める。

#### 《手順1》

始める前に、まず利用者がもっとも解決を望んでいる点やケアに関する希望を再確認しておく。

#### 《手順2》

課題・ニーズ領域選定表に示すとおり「課題の根拠・情報の所在」欄に課題となる内容を記入する。

(アセスメント情報から当てはまる項目のみをそのまま記入する。)

課題・ニーズ領域選定表に示すとおり次の点に注意して対策を考える。

- アセスメントの実態をふまえ、起こりうる危険性を考慮する。
- ・改善や向上の可能性を考える。
- ・日常生活の自立を考える。
- ・問題解決を考える。

#### 《手順3》

「ケアプラン検討の必要性とその理由・意見」の欄は、①判断に役立つ情報を記入する。②ケアプラン検討の方向性（ケアが必要か不必要かその理由）を明示する。③ケア内容のメモを入れる。」

#### 《手順4》

「ケアプランの必要あり」の欄は、必要と判断したとき○印、「なし」となったとき×印を記載する。

#### 《手順5》

「ケアプランの必要あり」と判断された検討内容の中から、特定された課題点やニーズ・方向性が似ている、もしくはプラン必要性の要因が似ているなど、関連している領域を「グループ化」する。次にグループごとに「優先順位」を決定する。

手順1「利用者や家族の意見をまず整理しておく」欄

**②ケアプラン作成検討表 (Step2-1)**  
©公益財団法人 日本訪問看護財団 (複写を禁ず)

ご利用者No.	チェック No.	作成 年月日	記入者 氏名	ご利用者 氏名	様
課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	課題の根拠・情報の所在 (アセスメント情報から当てはまる項目のみをそのまま記入)			ケアプラン検討の必要性と その理由・意見	
1. コミュニケーション・聴覚障害に関わる検討					
2. 視覚障害に関わる					

利用者がもっとも解決を望んでいる点や、ケアに関する希望をまず確認してプランを進めます。ケア検討の方向性や優先順位の決定に大きくかわるので、どのような生活をし、サービスを望んでいるのか注意し、必要な内容は「ケアプラン検討の必要性とその理由・意見」欄に記入して下さい。

手順2「課題の根拠・情報の所在」欄と「ケアプラン検討の必要性とその理由、意見」欄の役割

**②ケアプラン作成検討表 (Step2-1)**  
©公益財団法人 日本訪問看護財団 (複写を禁ず)

ご利用者No.	チェック No.	作成 年月日	記入者 氏名	ご利用者 氏名	様
課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	ケア プラン 有無	ケアの 優先 順位	課題の根拠・情報の所在 (アセスメント情報から当てはまる項目のみをそのまま記入)	ケアプラン検討の必要性と その理由・意見	
1. コミュニケーション・聴覚障害に関わる検討					
2. 聴覚障害に関わる					
3. 聴覚障害に関わる					
4. 聴覚障害に関わる					

①この欄には……  
 当該領域における課題の程度・原因(根拠)を記入します。アセスメント票の情報から当てはまる項目をそのまま記入します

②この欄では……  
 領域毎にケアプランの必要性を判断し、記録します。  
 < a.判断の視点 >                      < b.記録の方法 >  
 ・ 起こりうる危険性を考慮  
 ・ 改善・向上の可能性  
 ・ 日常生活の自立の可能性  
 ・ 課題解決を考慮

手順3「ケアプラン検討の必要性とその理由・意見」の欄の効果的な記録の方法

<p>課題の根拠・情報の所在 (アセスメント情報から当てはまる項目のみをそのまま記入)</p>	<p>ケアプラン検討の必要性とその理由・意見</p>
<p>①対象の背景、状況の判断に役立つ補足情報を記入</p>	<p>対人関係では、話しかけると表情が豊かになり、適度な緊張感も見受けられる。情動への働きかけが認知症の悪化防止として期待できると思われる。人との交流機会を増やすためデイサービス導入を検討したい。</p>
<p>②ケア検討の方向性を明示します。          ・ 本人・家族の要望          ・ 専門家の視点で明らかにしたニーズ          ※プランニングのポイントです。この結果が、ケアプランのサービスを考える基となります</p>	<p>③具体的なケア項目についてメモをしておくと、ケア計画を効率的に作成できます</p>



手順4 「ケアプラン有無」の記入

### ②ケアプラン作成検討表 (Step2-1)

©公益財団法人 日本訪問看護財団 (複写を禁ず)

ご利用者No.	チェック No.	作成 年月日	記入者 氏名	ご利用者 氏名	様
課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	ケアプラン有無	ケアの優先順位	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ①ケアプラン必要の有無を○または×で記載。「課題の根拠…」が記入された領域すべてにプランが必要とは限らない                 </div>		
1. コミュニケーション・聴覚障害に関わる検討					
2. 視覚障害に関わる検討			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ②必要なときは○、                      ③不必要なら×を記入。理由はここに明示してあります。                 </div>		
3. 聴覚障害に関わる検討 (生活の活性化)					
9. 気分の落ち込み・憂うつ・情緒不安定に関わる検討	○		悲しみ、絶望感、無用感がある。涙ぐむ、感情的なうめきがある。	脳卒中後、自分の体の不自由な点に絶望し、無用感をよく訴える。家族は同じ事を毎日繰り返し聞かされ疲れてしまっている。本人の気持ちを受け止められる担当者、また仲間づくりが大切。	
10. 行動障害・周辺症状に関わる検討			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ②必要なときは○、                      ③不必要なら×を記入。理由はここに明示してあります。                 </div>		
11. 役割遂行に関わる検討	×				
12. 対人関係に関わる検討 (望ましい人間関係)					

手順5 領域のグループ化・優先順位の決定

### ②ケアプラン作成検討表 (Step2-1)

©公益財団法人 日本訪問看護財団 (複写を禁ず)

ご利用者No.	チェック No.	作成 年月日	記入者 氏名	ご利用者 氏名	様
課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	ケアプラン有無	ケアの優先順位	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ①領域のグループ化と優先順位を決定します                 </div>		
1. コミュニケーション・聴覚障害に関わる検討	○	2			
2. 視覚障害に関わる検討			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ②グループのまとめ方のポイント                      1) 特定されたニーズやケアプランの検討内容が似ている、または連携している領域をグループ化します                      2) 同じ優先順位をつけ、まとめてケアプランを立案します                      3) 利用者の希望や全体の状況を考慮して、各グループの優先順位を決定します                 </div>		
3. せん妄状態に関わる検討	○	1			
4. 認知症に関わる検討	○	2			
5. ADL・IADLの低下、リハビリテーションに関わる検討	○	3			

### 3-3 : ケアプラン作成における 領域の優先順位の決め方のポイント

優先順位は、利用者の希望の内容や状況を総合的に判断し、その都度説明しうる根拠をもって決定してはなりません。よって優先順位の決定には型にはまった定説はありませんが、以下のような判断基準があります。一通り考慮に入れて、検討に生かしてください。

<p><b>優先1</b> <b>緊急のケアプラン</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今日・明日または早急に対応しなければ心身の急変や関係の崩壊につながり、安全・安定の確保が難しい内容</li> <li>・ 早期改善が明確な内容</li> </ul> <p>例) 不安定なバイタルサインが出ている ターミナルの状態にある 家族関係が崩壊寸前 家計が破綻し食べていけない 利用者本人や家族・周囲が激しい混乱状態 不適切で早急に改善を要す内容など</p>
<p><b>優先2</b> <b>二次的ケアプラン</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早急な状態ではないが、利用者本人や家族が望んでいる内容で、解決が可能な内容</li> <li>・ 急変や安全に問題がなく、変化に改善があまり望めないが、ケアの必要性がある内容</li> <li>・ 変化を期待するより、現状を保持・継続したい内容</li> </ul>
<p><b>優先3</b> <b>長期ケアプラン</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調整に手間どる内容や、混乱していて情報が正しく判断できない内容</li> <li>・ 利用者に必要な性の認識が弱い、将来サービス利用が予測される内容</li> <li>・ 地域にサービスや対応できる職種もなく、新しいケア内容や体制・制度を整備したり育成しなければならない内容</li> </ul>

## 3-4 ステップⅢ－居宅サービス計画書・週間サービス計画表の作成－

ステップⅢでは、いよいよ「居宅サービス計画書」を用いてのプランニングを行うこととなります。

### 1) 居宅サービス計画書の作成

- (1) ケアプランの作成は次ページ「ケアプランの作成手順」の流れで行う。ポイントと記入例を参考に、ケアプランを立案する。
- (2) 記入の表現については、この記入例の表現が絶対ということはない。利用者の状況やケアチームの状況、ケアマネジャー自身が使いやすさを考え、共有しやすい表現方法でわかりやすく記入する。

### 2) 週間サービス計画表の作成 —実際のケアの流れを把握—

週間スケジュールは、ケアチームの構成員がどのような役割をもち、どこで、どのような時間帯に何のケアを分担しているのかを把握するためのものである。次ページの「ケアプランの作成手順」(5)(6)(7)の「サービス内容(ケア項目)」や「サービス種別と事業所」「頻度」の一覧が、週間スケジュール表であり、利用者の確認表でもある。

- (1) ケアチームはこのスケジュールに従いケアを実施するので、ケアマネジャーは実現可能で、かつ無理・無駄のない効果的なスケジュールを組み立て、自立を図る必要がある。
- (2) スケジュール作成のポイント、スケジュールのサービスや種類は、スケジュールの種類と記録様式に示す。
- (3) ケアマネジャーにはスケジュールどおりケアが実践されているかどうか、監視(モニタリング)し、評価する役割がある。よって、スケジュールの全体像を常に把握していなくてはならない。

### スケジュール作成のポイント

1. スケジュールには、介護保険、介護保険外、フォーマル・インフォーマルな資源を共に視野に入れて、利用が可能なサービスを導入する。
2. 不足する資源は、「現在資源なし」と記憶しておく。(これは不足する社会資源の指摘となり、地域全体の社会資源充実に貢献することになる。)
3. 在宅ケアの関係者は、異なる期間や施設のスタッフであるため、日課計画表、または 週単位のスケジュールをたて、相互の組み合わせを具体的に見ながら討議する。

### ステップⅢ ケアプランの作成手順

(1) ケア優先順位	ステップⅡで決定した優先順位に従い、グループ化した領域の番号をすべて記入する。	(17) (20) (27)
(2) 生活全般の解決すべき課題 (課題・ニーズ)	ステップⅡで明らかにした課題・ニーズ、解決すべき課題について、グループ毎にさらに解りやすくまとめて表現する。	本人の高血圧や膝関節炎の状態が悪化しないようにして日常生活が不安なく快適にすごせるようにする。
(3) 長期目標	<p>〈(2)のニーズごとの長期の到達目標を記入する〉</p> <p>この期間は次の再アセスメント・ケアプラン作成までの期間(6ヶ月～1年)の目標である。</p> <p>・本人がどのような点に長期目標をもち生活したいのか、よく確認をして記入する。</p>	健康状態を安定させ、できるだけ自宅での生活が継続できるようにする。
(4) 短期目標	<p>〈(2)のニーズに対する短期の到達目標を記入する〉</p> <p>・これは短期間で具体的に到達できる目標を記入する。</p> <p>・この期間中に改善(本人の能力を最大限に発揮すること)を目指す具体的目標とする。</p> <p>・到達したか否かがはっきりと判断できる表現で記入する。</p>	<p>1) 定期的な健康チェックにより健康管理ができる。</p> <p>2) 本人が希望する入浴を安全に利用できる。</p>
(5) サービス内容 (ケア項目)	<p>〈ケア項目または必要な介護内容を記入する〉</p> <p>・ケアプランは、チームケアにおける役割の割り当てを中心に行うのであり、詳しくすぎる計画にならないように注意する。</p> <p>・各ケア項目には①②③…の通し番号をつける。</p> <p>〔モニタリング時に記載〕</p> <p>〔しやすくするため〕</p> <p>・現実的な内容で記入する</p> <p>・実行可能な内容で記入する</p> <p>・活用可能な内容で記入する。</p>	<p>①本人の健康観察と療養生活の助言</p> <p>②入浴</p>
(6) サービス種別と事業所	〈サービスの種別と事業所または担当者名を記入する〉	<p>a. 訪問看護 / BB 訪問看護ステーション</p> <p>b. 通所介護 / DD デイケアセンター</p> <p>c. 居宅療養管理指導者 / CC 診療所</p>
(7) 頻度	月・週・日 / 単位で記入する。 必要なときは時間も記入する。	<p>a. 週 1 回</p> <p>b. 週 3 回</p> <p>c. 月 1 回</p>
(8) 期間	開始・終了 サービスをどのくらいの期間使用するのか開始と終了予定日を記入する。	<p>a. 平成20年1月10日～4月1日</p> <p>b. 平成20年1月10日～4月1日</p> <p>c. 平成20年1月10日～4月1日</p>

これは最も基本のスケジュール作成となります。スケジュール作成のポイントは前ページ

#### 書き方のポイント

- ・利用者、家族に提示する資料であることを忘れずわかりやすい表現にする。
- ・個別援助計画にならないように注意する。
- ・目標設定はあくまでも利用者本人の目標として表現する。

## 3-5：サービス担当者会議—開催の流れと役割を確認しましょう—

ケアプランは、要介護者やその家族・各サービス担当者・ケアマネジャーにより行われる『サービス担当者会議（ケアカンファレンス）』で内容が検討されます。ケアマネジャーは、会議をスムーズに進めるため、根拠のしっかりしたアセスメントとケア検討の方向性・ケアプランの具体案を準備します。また、開催前のメンバーへの連絡・調整、カンファレンスの司会・調整、利用者への説明や開催後の記録などもケアマネジャーの役割です。

### 《サービス担当者会議開催準備》

- ①利用者のアセスメントを行い、ケアプラン原案を作成し準備する。
- ②必要なメンバー、関係者またはそれを代表する機関の責任者を招く。  
※参加依頼、通知を出す。

### 《サービス担当者会議の進行》

- ①カンファレンスの目的と概要を説明し、共通理解を高める。  
※メンバーに、記入した利用者の基本情報（アセスメント票のNo.1・No.2）とケアプラン作成検討表・サービス計画書、週間計画書の記録用紙を印刷して配布する。  
※メンバーを紹介する。  
※口頭説明だけでなく、資料を用意しておくとう理解されやすい。  
※利用者・家族から原案提示の同意を得ておくこと。
- ②カンファレンス時間を提示し、その時間内にどこまでまとめるのかを説明する。
- ③手際よく課題と利用者・家族のニーズを説明し、検討に入る。  
※「ケアプラン作成評価表」を主に利用。利用者意見、課題・ニーズ領域毎のプラン検討の必要性と理由（ケアマネジャーの原案）を説明、意見を交換し、同意を得て原案を修正していく。  
※同様に優先順位についてもメンバー間で同意を得て決定する。  
※検討の方向性等、不足する情報は、他の関係者に補足してもらう。  
※本人・家族がケアカンファレンスに同席可能な時は、ケアプラン作成検討表の検討から、内容の確認・同意を得て進めていく。
- ④優先順位に添ってケアプランを打ち合わせる。  
※「ケアプラン作成検討表」「サービス計画表」「週間サービス計画表」を使用。  
※作り終わったら再確認する。
- ⑤最後に合意したことを全体で確認し、終わる。  
※方針やケアプラン結果の記録は、コピーし出席者に配布する。

### 《サービス担当者会議終了後》

- ①利用者・家族がサービス担当者会議に同席できなかった場合、ケアプランの内容を提示して、意見や変更の必要性を確認する。  
※必ずケアプラン作成検討表、サービス計画書、週間計画書の記録を提示。その内容の説明をし、支援の方法を確認してもらい、承認を得る。
- ②サービス担当者会議の要点に、経過と内容を整理する。
- ③サービス担当者会議が開催できないとき  
会議の開催ができない場合は、サービス担当者に対する照会（依頼）内容表を送付するとともに、必ず内容・意見を確認しプランを立案する。また、プランは関係者に送付し、承認を得る。

## サービス担当者会議の要点

### サービス担当者会議の要点

ご利用者名	様	居宅サービス計画作成者（担当者）氏名				
開催日	年 月 日	開催場所	開催時間	開催回数		
会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題						
(次の開催時期)						

## サービス担当者に対する照会（依頼）内容

### サービス担当者に対する照会(依頼)内容

ご利用者名	様	居宅サービス計画作成者（照会者）氏名				
サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由						
照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容	

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

## ≡ 3-6 :「モニタリング」—確実なケアの実践に欠かせないプロセスです—

---

モニタリングは、ケアマネジャーが、計画どおりにケアプランが遂行されているか、サービス提供者の活動の進展具合を監視することをいいます。

ケアマネジャーがケアプランを作り上げた満足しても、モニタリングが行われなくては、実効あるケアプランかどうか確認できません。

### 1 モニタリングの目的

- (1) 各サービスが計画どおりに実施されているか
- (2) 利用者のニーズを満たす方向性でケアがなされているか
- (3) 援助目標に沿ってケアがなされているか

### 2 モニタリングの内容

- (1) サービス計画の実施状況を判断する
- (2) サービスやサポート内容が適切であったかどうかを確認する
- (3) 利用者に新しいニーズやトラブルが発生していないかを確認する
- (4) ケア内容が適切であったかを判断する

### 3 モニタリングの時期

- (1) 早期サービス微調整のモニタリング：ケア実施直後に行う
- (2) 一定期間を定めた定期的・継続モニタリング：次のアセスメントまでの3ヶ月、6ヶ月毎に行う

### 4 モニタリングの実際

財団方式、「モニタリング・評価とケアプランの修正」様式を使用して実施する。次のページに示した手順と注意を示した図を参考にする。

## モニタリングと評価の手順と注意

モニタリングの実施と確認		モニタリングの結果・修正 変更終了の決定・調整				評価(短期目標の達成)	
ご利用者 No.		ご利用者名				担当者名	
ケア 項目 番号	モニタ リング 実施日	1. ケア実施状況 (実施内容・トラブル状況)	2. 利用者・家族の満足度・意見 (回数、内容、担当者、職種等) (1. 非常に満足 2. 満足 3. 不満足 4. わからない)	3. プラン修正の必要性 とその理由 (1. あり 2. なし)	4. ケア終了の判断と理由 (1. 終了 2. 継続)	評価 実施日	1. 短期目標の内容 (番号のみでも可) 2. 短期目標の達成度と評価 (1. 達成した 2. 達成しない 3. 判断できない)
	2/15	通所介護による入浴が実施されている。	利用者 1. ② 3. 4 家族	1. ②	1. ②		① 2. 3 希望していた入浴が安全にでき、清潔が保たれるようになった。
	2/16	訪問看護による健康状態の観察と療養指導がされている。	利用者 ① 2. 3. 4 家族 ① 2. 3. 4	1. ②	1. ②		① 2. 3 関節の痛みを訴えることが少なくなり、病状悪化を防止できている。 血圧が安定している。
			利用者 1. 2 3. 4 家族 1. 2 3. 4	1. 2	1. 2		1. 2. 3
			利用者 1. 2 3. 4 家族	1. 2	1. 2		1. 2. 3
			利用者 1. 2 3. 4 家族 1. 2 3. 4	1. 2	1. 2		1. 2. 3
			利用者 1. 2 3. 4	1. 2	1. 2		1. 2. 3

「ケア計画表」に沿い、ケア項目内容の通し番号を順に書き込む

ケア項目毎に、各サービス機関や担当者はプランで合意したとおりに開始し実行しているかチェックする

ケア項目の修正が必要な場合、その理由を記入する

ケア項目を終了する場合、その理由を記入する

### <モニタリングの技法>

- ◆利用者への継続的な訪問・面接
- ◆継続的な電話・ファックス連絡
- ◆サービス提供者との定期的な情報交換・ミーティング（利用者、サービス提供者、ケアマネジャー、家族等による）
- ◆利用者に関する記録の定期的な確認
- ◆OA機器の活用
- ◆地域資源の定期的な確認（民生委員、ボランティア組織、健康づくり組織等）



## 3-7:「評価」 - ケアの質を維持し高めるために、厳しく評価を行いましょう -

### 評価の目的

ケアマネジメントにおける評価（evaluation）は、ケアマネジメントの一連のプロセスである支援活動全般（インテークからモニタリングまで）を振り返り、望ましい結果、すなわち、要望やニーズの解決、利用者の自立度の向上、高い利用満足度等が得られているか否かを判断することをいいます。ケアマネジメント技術の向上を促進していくことが目的です。さらに地域のケアシステム、社会資源の質や量などに及ぼした効果を明らかにし、社会資源の開発やシステム化に寄与することが目的です。

### 評価の内容

#### 評価の視点と用いる評価様式

a. 状態の変化を評価する	アセスメント No.14
b. ケアプラン立案時のニーズが解決したか	居宅サービス計画書 モニタリングと評価
c. ケアプラン立案時の援助目標が達成された	居宅サービス計画書 モニタリングと評価 サマリーと総合評価

### 利用者や家族に対するサービス満足度の評価

#### 評価の視点と用いる評価様式

・ 利用者がケアプラン（ケア内容・ケア担当者・回数等）に満足しているか ・ 家族がケアプラン（ケア内容・ケア担当者・回数・家族の介護負担が軽減されたか等）に満足しているか	居宅サービス計画書 モニタリングとプランの修正・評価
--	-------------------------------

例1)

アセスメント票による評価例

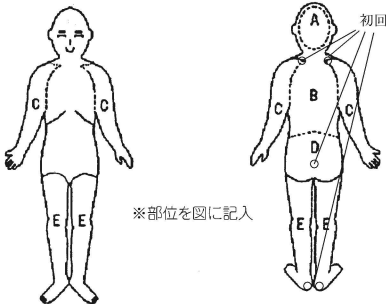
D.皮膚の状態と清潔

1 皮膚・清潔

① 皮膚の状態・清潔の状態 (過去7日間)	a. 擦り傷、内出血、創がある			
	b. 痛み、不快等に皮膚が鈍感になっている・体動が少なく同じ場所が圧迫されている	✓	✓	✓
	c. 湿疹、水疱、ただれ、かぶれがある	✓	(変化し消失)	
	d. 耳垢、ふけ、皮膚が乾燥、爪がのびている	✓	✓	(変化し消失)
	e. 皮膚の清潔が保たれていない (身体が汚れている等)	✓	(変化し消失)	
	f. おむつ・衣服が汚れている、寝具・介護用品の清潔が保たれていない (交換されていない等)			
	g. その他気がかりな皮膚・清潔の問題がある ( )			

皮膚のケアが保たれ、変化しているのがわかる

2 褥瘡

① 褥瘡の程度	0. 褥瘡なし 1. 褥瘡あり I. 持続する発赤、熱感、圧痛 II. 水疱・びらん(脂肪組織には達していない) III. 浸出液、くぼみ、ポケット(脂肪層に至る褥瘡) IV. 筋肉・骨に至る褥瘡  	A. 頭部	0	0	
		B. 背中 (肩甲骨部を含む)	1 - I 赤くなっている	0 発赤が消えた	
		C. 上肢 (肩～手)	0	0	
		D. 腰部・臀部 (仙骨部を含む)	1 - II 水疱	0 水疱が消えた	
		E. 下肢 (大腿～足)	1 - I かかと、発赤、圧縮	0 発赤、圧縮が消えた	
		F. その他 ( )			

褥瘡がよくなっていることがわかる

例 2)

ニーズ・援助目標達成の評価例

居宅サービス計画書 (2)

(Step 3-2)

ご利用者No.	ご利用者名	U. K 様 印	記入者名	A	作成年月日	H22年 12月 1日
---------	-------	----------	------	---	-------	-------------

ケア優先順位	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標		援助内容					
		長期の目標 (期間)	短期の目標 (期間)	サービス内容 (ケア項目)	保険の適否 ※1	サービス種別と事業所	担当職種	頻度	期間
	本人の高血压や膝関節炎の状態が悪化しないようにして日常生活が不安なく快適に過ごせるようにする。	健康状態を安定させ、できるだけ自宅での生活が継続できるようにする。(6ヶ月)	1) 定期的な健康チェックにより健康管理ができる。 2) 本人が希望する入浴を安全に利用できる。(3ヶ月)	①本人の健康観察と療養生活の指導・助言 ②入浴	○ ○	a.訪問看護/BB看護ステーション b.通所介護/DDデイケアセンター c.居宅療養管理指導/cc診療所	a.看護師 b.介護員 c.医師	週1 週2 月1	22年1月~22年4月 22年1月~22年4月 22年1月~22年4月

客観的評価  
サービス結果による客観的变化

利用者の  
主観的評価

モニタリングと評価

ご利用者No.	ご利用者名	様	担当者名
---------	-------	---	------

ケア項目番号	モニタリング実施日	1. ケア実施状況 (実施内容・トラブル状況)	2. 利用者・家族の満足度・意見 (回数、内容、従事者：職種等) (1. 非常に満足 2. 満足 3. 不満 4. わからない)	3. プラン修正の必要性とその理由 (1. あり 2. なし)	4. ケア終了の判断と理由 (1. 終了 2. 継続)	評価実施日	1. 短期目標の内容 (番号のみでも可)	2. 短期目標の達成度と評価 (1. 達成した 2. 達成しない 3. 判断できない)
	2/15 2/16	通所介護による入浴が実施されている。 訪問看護による健康状態の観察と療養指導がされている。	利用者 1. ② 3. 4 家族 1. ② 3. 4 利用者 ① 2. 3. 4 家族 ① 2. 3. 4				1. 短期目標の内容 (番号のみでも可)	① 2. 3 ① 2. 3
			利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2			
			利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2			1. 2. 3 1. 2. 3
			利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2			1. 2. 3

サービスを利用している利用者や家族の満足度をランクで記入し、感想・意見等を記入する

短期目標が達成したか否か、またニーズが改善されたかを判断し、ランクと状況を記入する。

#### 4. アセスメント票 記入時補足資料



表 1 「家族世代関係図」記入の取り決め

- = 男性
- = 女性
- ◻ → = 利用者本人 (男性)
- ◎ → = 利用者本人 (女性)
- = ○ = 結婚、相互関係を示す線
- = ○ = 内縁関係
- = ○ = 関係のひどい葛藤を示す揺れ動く線
- = ○ = 二人の人間関係が肉体的、感情的、あるいはどちらか一方の切り離し状態
- = ○ = 離婚
- = 特別な関係、あるいはお気に入りの子供を示す線
- ◇ = 性別不明
- or ● = 死亡した人

養子は [□] [○]

※親子関係は左端から第1子とする

※年齢、名前、職業、健康状態も必要に応じて記入する

※同居している者を実線で囲む

例 1) 基本的な 3 世代の記入図

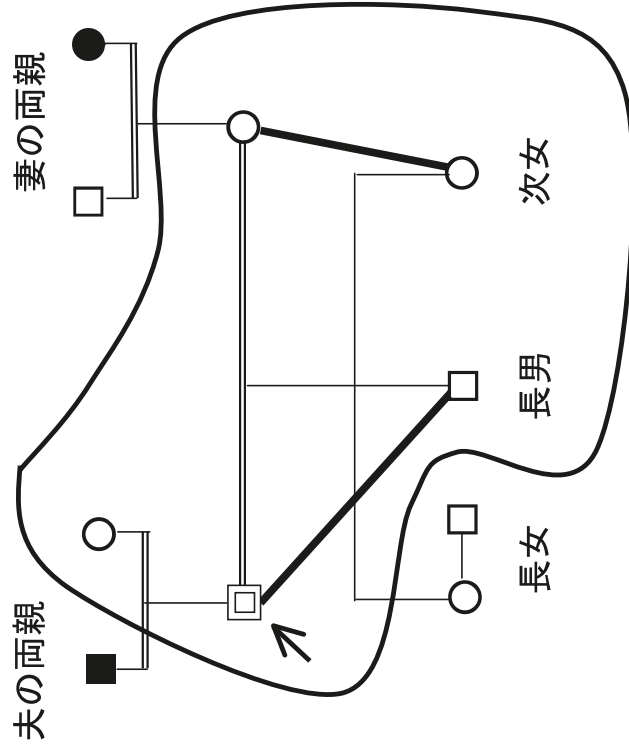


表 2 傷病名の分類

大分類	傷病名	大分類	傷病名
I 循環器	1. 脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、脳血栓等） 2. 冠状動脈の硬化性疾患（狭心症、心筋梗塞） 3. うっ血性心不全 4. 弁膜症 5. 高血圧症 6. 低血圧症 7. 末梢循環障害 8. 不整脈／心房細動 9. その他の循環器系の疾患	Ⅷ 内分泌代謝	81. 糖尿病 82. 甲状腺疾患 83. ビタミンB <sub>1</sub> および栄養欠乏症 84. その他の内分泌系疾患
II 呼吸器	21. 上気道感染 22. 閉塞性肺疾患（肺気腫等の慢性気管支炎、気管支喘息等） 23. 梗塞性肺疾患 24. その他の呼吸器系の疾患	IX 神経	91. アルツハイマー型認知症 92. その他の認知症 93. パーキンソン病 94. てんかん 95. 失語症
III 消化器	31. 胃炎・十二指腸炎、胃・十二指腸潰瘍 32. 歯肉炎、歯槽膿漏 33. 肝硬変、肝炎 34. その他の消化器系の疾患	X 精神	101. 不安・神経症 102. うつ病・躁うつ病、総合失調症 103. アルコール性精神病 104. 精神発達遅滞（ダウン症、自閉症等の関連疾患） 105. その他の精神系疾患
IV 腎・泌尿器	41. 尿路感染（過去90日間） 42. 腎盂炎 43. 腎不全 44. その他の腎・泌尿器疾患	XI 感染症	111. 水疱 112. ヘルペス 113. MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌） 114. 肝炎（HCV-C型感染ウイルス、HBV-V型感染ウイルス） 115. 疥癬 116. 結核 117. HIV（ヒト免疫不全型ウイルス） 118. その他の感染症
V 皮膚疾患	51. 湿疹・じんま疹 52. 火傷 53. 褥瘡 54. その他の皮膚疾患	XII その他	121. 白内障、緑内障 122. 貧血 123. 予後が明らかかな末期症状（6ヵ月） 124. その他の傷病名
VI 筋骨格及び結合組織・損傷	61. 慢性関節リウマチ（脊髄を除く） 62. 関節炎 63. 腰痛症 64. 骨粗鬆症 65. 大腿骨骨折 66. 頭蓋内損傷 67. 神経脊髄損傷 68. その他の筋骨格結合組織・損傷	XIII 病名なし	131. 病名なし
VII 新生物	71. 胃癌 72. 肺癌 73. 大腸癌 74. 肝臓癌 75. 子宮癌 76. 乳癌 77. その他の癌		





## 5. 手法に関するQ&A





## 日本版 成人高齢者用 アセスメント手法に関するQ & A

	Q uestion	A nswer
1	<p><u>基本情報 1 (No.2)</u>                      利用しているサービスの提供機関についてはいつの時点での情報を書いたらいいですか？                      始めに書けない事もありますし、マネジメント後に開始されたサービスはどうすればいいですか？                      開始した時期も記入した方がいいですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マネジメントが開始され、サービス提供機関が決定してから記入して下さい。</li> <li>・ アセスメント開始時点で何のサービスも利用していなければ空欄のまま先に進み、後日記入する事になります。</li> <li>・ アセスメント開始時点で利用中であり、かつ利用継続のサービスはその時点で記入し、その後決定されたサービスは後日書き加えます。</li> </ul>
2	<p><u>基本情報 1 (No.1)</u>                      健康状態・疾病等は何を書きますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活に大きな影響を与えた病気・ケガなど健康状態についてのみ触れて下さい。</li> <li>・ 既往歴や症状・経過はN 治療の状況欄に記入することになっています。</li> </ul>
3	<p><u>基本情報 1 (No.2)</u>                      生活歴や訪問開始前の状態にはどんな事項を記入すればいいのですか？                      病歴や症状の経過も入れますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ [生活歴]では現在の生活に影響を及ぼしている重大な出来事を簡潔に記入して下さい。例えば結婚、転職、親子関係、家族の死等の喪失体験、子供のこと、楽しんできたこと、どこで生活してきたのかななどです。</li> </ul>
4	<p><u>生活療養情報Ⅱ-B-2 (No.4)</u>                      ②日常生活における精神的意欲ですが、認知症があったりした場合判断できず、不明なことがあります。その時はどう記載すればいいのですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 無理に記入する必要はありません。特記事項としてメモ欄にその理由を記載し、ケアプラン作成評価の際に検討します。</li> </ul>
5	<p><u>生活療養情報Ⅱ-C-1 (No.5)</u>                      ③バランスの判断基準を教えてください。</p>	<p>0. 何にもつかまらないで、支えないでできる                      1. 不安定で、つかまりや支えがいる                      2. 少しの介助、支え、背もたれを用いてもバランスが全くとれない。全介助が必要</p>
6	<p><u>生活療養情報Ⅱ-C-1 (No.5)</u>                      ①gの気がかりな皮膚の課題とは、どのようなものですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 水虫や疥癬等を含む処置や手入れを必要とする皮膚状態のことです。</li> </ul>
7	<p><u>生活療養情報Ⅱ-E-1 (No.6)</u>                      ④尿失禁があり、留置カテーテルを入れているのに課題にしないのですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 尿失禁で留置カテーテルを使用、また導尿しているときは、「0. 完全にコントロールできている」ので課題として取り扱いません。これはアセスメント票 No.11「2. 特別な治療・ケア」で対応するためです。</li> </ul>
8	<p><u>生活療養情報Ⅱ-E-1 (No.6)</u>                      ④尿失禁⑤便失禁について、尿意と便意はあるのですが、自分でトイレに歩行できないためにおむつ使用している場合は「失禁」になるのですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「失禁」ではありません。ただし「⑧の排泄に関わる」の課題として扱うことが必要です。また排泄に向けてのケアが必要です。</li> </ul>
9	<p><u>生活療養情報Ⅱ-E-1 (No.6)</u>                      ⑦人工肛門のときはどうするのですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 排便がストマ(人工肛門)となっているときも、アセスメント票 No.11「2. 特別な治療・ケア」で対応計画を立てます。</li> </ul>

	Q uestion	A nswer
10	<p>生活療養情報Ⅱ－F－ 1 (No.6) 痛みはどのように判断したらよいのですか？</p>	<p>①痛みの判断は、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ段階で示してあります。言葉で表現できない人には主観的な訴えになりやすいか絵を見せ、どの程度か判断します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>0. 痛みなし</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>1. ほんの少し痛い</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p>2. 痛い</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>3. 痛くて我慢できない</p> </div> </div> <p>②動かして痛いときは、そのことをメモ欄に記入しておきます。</p>
11	<p>生活療養情報Ⅱ－G－ 2 (No.7) ①肥満とやせをどのように判断したらよいのですか？</p>	<p>①「身長と体重を測定して判断」 ②「できなければ、外見を見て判断」してください。判断表は「アセスメントとケアプラン」の課題領域 13. 食事と栄養状態に関わる検討の書籍に「厚生省の肥満とやせの判定表」を示しています。当表で肥満度をつけます。</p>
12	<p>社会資源導入情報 (No.14) 2 生活用具の購入 3 社会サービスの利用と資源はたくさんありますが該当する番号すべてを記入するのですか？</p>	<p>・ 該当する番号をすべて記入して下さい。</p>
13	<p>社会資源導入情報 (No.14) 3 社会サービスの導入に関してですが、すでに使用されているサービスがあるため、必要であればチェックされず、プランに含まれなくなります。回数を増やしたい時、サービス提供者・機関を変えたい時はどうしたらいいですか？</p>	<p>①サービスの量や質、提供者などの変更や追加の必要性があれば「必要欄」にチェックが可能です。memo (メモ) に記入しておきケアプラン時に検討します。 ②アセスメントを繰り返すことでサービス内容の変更や、契約切れの時には「必要欄」に記入します。この為、サービスがプランに入らないというようなことは生じません。</p>

## 日本版 成人高齢者用 ケアプランに関するQ & A

	Q uestion	A nswer
1	課題ニーズ選定表 縦に見ていった時一つの課題領域にたくさんのアセスメント項目が含まれているのはなぜですか？	・多くの場合、多様な原因から要介護状態になります。ケアプランの対策をたてるには、その原因を判断してプランをたてなければ自立には向かいません。この為に複数のアセスメント項目が必要となります。
2	居宅サービス計画書 短期目標は何ヵ月を想定すればよいのですか？	・6ヶ月の期間内において、具体的に解決・自立（本人の能力を最大限に発揮）が図れる期間です。
3	居宅サービス計画書 短期目標とは何のことですか？	・ケアの実施に対して、利用者が到達できる、またはしたい（あるべき）姿、つまり、実現可能なケアの自立目標を指します。
4	居宅サービス計画書 ケアプランにおけるケア項目は、どこまで詳細に表現すべきでしょうか？ (社会資源の項目や役割分担の程度まででよいのか、もしくはケアの内容まで具体的に記入すべきですか？)	・ケアプランは「いつ」「だれが」「何を」までを具体化します。これをケアプランといいます。各ケアを「どのように」行なうかについては、各サービス担当者ごとに立案し、サービス実施計画としてケアプランとは区別します。 (例：ケアプランとは別に介護計画、リハビリテーション計画、看護計画をそれぞれ作ります。)

## 日本版 成人高齢者用 モニタリング、評価、全体に関するQ & A

	Q uestion	A nswer
1	アセスメント項目の中にはプライバシーや内面に立ち入った内容が見られます。短い訪問時間、ケアプラン作成の中で具体的にどのような技術や方法を用いれば正確にアセスメントし適切なケアプランが立てられますか？	・ケアマネジメントの基本は、お客様とのよい人間関係を形成する事から始めています。心を開いて下さらないとサービスの紹介も出来ません。面接技術を高めると共に、誠実で秘密が守れる事が何より大切でしょう。これには経験を重ね、観察眼を磨くことも大切です。
2	20～30分の限られた時間の中で質の高いカンファレンスを行い、適切なケアプランに結び付けていくノウハウはありますか？	①会議の前、参加者全員に会議の主旨と時間内で行なう課題を明確に示し、資料を送っておきます。 ②会議進行・まとめの技術も重要です。検討や意見交換するための事前の資料準備（ケース概要、ケアプランの検討表、計画表）により手順よく説明し合意を得ます。大幅な時間短縮が可能です。 ③事前に社会資源一覧を準備し、出席者にサービスを引き受けてもらえない時、使用できるようにしておきます。 ④ケアプランの合意が得られないときは「まず2週間これでやってみましょう」と提案し、進めることも一つの方法です。

## 介護予防サービス、支援計画表に関するQ & A

	Q uestion	A nswer																																				
1	<p>介護予防サービス・支援計画表のアセスメント領域に財団のアセスメント領域項目等は活用できますか。</p>	<p>活用できます。課題、ニーズ領域選定表に関わるアセスメント項目が該当します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">アセスメント領域と現在の状況</th> <th style="width: 10%;">本人・家族の意欲・意向</th> <th style="width: 20%;">領域における課題(背景・原因)</th> <th style="width: 25%;">総合的課題</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">運動・移動について</td> <td></td> <td style="text-align: center;">□有 □無</td> <td style="text-align: center;">1. _____ 1.</td> </tr> <tr> <td>⑤ADL・IADLの低下・リハビリテーションに関わる検討 ⑥転倒の危機に関わる検討 ⑦日常生活用具・居住環境に関わる検討</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">2. _____ 2.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">日常生活(家庭生活)について</td> <td></td> <td style="text-align: center;">□有 □無</td> <td style="text-align: center;">3. _____ 3.</td> </tr> <tr> <td>⑤ADL・IADLの低下・リハビリテーションに関わる検討 ⑦家族介護力 ⑧家事に関わる検討 ⑨経済・制度利用の選択や変更・拡大に関わる検討</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</td> <td></td> <td style="text-align: center;">□有 □無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>①コミュニケーション・視覚障害に関わる検討 ③せん妄状態に関わる検討 ④認知症に関わる検討 ⑧孤立・生活意欲低下に関わる検討 ⑨気分の落ち込み・憂うつ・情緒不安定に関わる検討 ⑩行動障害・周辺症状に関わる検討 ⑪役割遂行に関わる検討 ⑫対人関係に関わる検討 ・虐待防止に関わる検討</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">健康管理について</td> <td></td> <td style="text-align: center;">□有 □無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑬食事・栄養状態に関わる検討 ⑭脱水状態・水分補給に関わる検討 ⑮歯・口腔ケアに関わる検討 ⑯健康管理・セルフケアに関わる検討 ⑳皮膚・清潔ケアに関わる検討 ・薬の管理・服薬に関わる検討 ・感染・発熱の兆候に関わる検討</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	運動・移動について		□有 □無	1. _____ 1.	⑤ADL・IADLの低下・リハビリテーションに関わる検討 ⑥転倒の危機に関わる検討 ⑦日常生活用具・居住環境に関わる検討			2. _____ 2.	日常生活(家庭生活)について		□有 □無	3. _____ 3.	⑤ADL・IADLの低下・リハビリテーションに関わる検討 ⑦家族介護力 ⑧家事に関わる検討 ⑨経済・制度利用の選択や変更・拡大に関わる検討				社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無		①コミュニケーション・視覚障害に関わる検討 ③せん妄状態に関わる検討 ④認知症に関わる検討 ⑧孤立・生活意欲低下に関わる検討 ⑨気分の落ち込み・憂うつ・情緒不安定に関わる検討 ⑩行動障害・周辺症状に関わる検討 ⑪役割遂行に関わる検討 ⑫対人関係に関わる検討 ・虐待防止に関わる検討				健康管理について		□有 □無		⑬食事・栄養状態に関わる検討 ⑭脱水状態・水分補給に関わる検討 ⑮歯・口腔ケアに関わる検討 ⑯健康管理・セルフケアに関わる検討 ⑳皮膚・清潔ケアに関わる検討 ・薬の管理・服薬に関わる検討 ・感染・発熱の兆候に関わる検討			
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題																																			
運動・移動について		□有 □無	1. _____ 1.																																			
⑤ADL・IADLの低下・リハビリテーションに関わる検討 ⑥転倒の危機に関わる検討 ⑦日常生活用具・居住環境に関わる検討			2. _____ 2.																																			
日常生活(家庭生活)について		□有 □無	3. _____ 3.																																			
⑤ADL・IADLの低下・リハビリテーションに関わる検討 ⑦家族介護力 ⑧家事に関わる検討 ⑨経済・制度利用の選択や変更・拡大に関わる検討																																						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無																																				
①コミュニケーション・視覚障害に関わる検討 ③せん妄状態に関わる検討 ④認知症に関わる検討 ⑧孤立・生活意欲低下に関わる検討 ⑨気分の落ち込み・憂うつ・情緒不安定に関わる検討 ⑩行動障害・周辺症状に関わる検討 ⑪役割遂行に関わる検討 ⑫対人関係に関わる検討 ・虐待防止に関わる検討																																						
健康管理について		□有 □無																																				
⑬食事・栄養状態に関わる検討 ⑭脱水状態・水分補給に関わる検討 ⑮歯・口腔ケアに関わる検討 ⑯健康管理・セルフケアに関わる検討 ⑳皮膚・清潔ケアに関わる検討 ・薬の管理・服薬に関わる検討 ・感染・発熱の兆候に関わる検討																																						

日本版 成人・高齢者用  
アセスメントとケアプラン(財団方式)

ご利用者名

様

ケアマネジャー名

©公益財団法人 日本訪問看護財団

# I 基本情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

NO.1

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

受理日 年 月 日

フリガナ				M T S		年 月 日生 ( 才)		
氏名		男・女						
住所		〒		TEL				
主治医				連絡先	TEL	FAX		
緊急連絡先		続柄		連絡先	TEL	FAX		
事業者名				依頼経路	1. 市区町村より			4. 介護サービス事業者より
担当者名					2. 直接本人・家族より			5. その他 ( )
介護保険の給付情報		①保険者名		保険者の住所・TEL		②保険者番号		
				( )		③被保険者番号		
医療保険		A. 本人・家族 → 1. 国民健康保険 2. 健康保険 3. 後期高齢者医療 4. 保険なし 5. その他						
		B. 医療保険 記号・番号		保険者番号				
公費制度		公費受給者番号						
介護保険	①認定年月日				1回目	2回目	3回目	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	②認定有効期間				年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					～ 年 月 日	～ 年 月 日	～ 年 月 日	
	③要介護状態区分		非該当. 要支援 (1. 2). 要介護 (1. 2. 3. 4. 5)					
	④認知症自立度		自立, I, II a, II b, III a, III b, IV, M					
⑤高齢者自立度		自立, J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2						
⑥居宅サービス区分 支給限度基準額				単位/月	単位/月	単位/月		
ケアプラン立案の理由		①プラン作成年月日・回数				/ /	/ /	/ /
		( ) 回目				( ) 回目	( ) 回目	
		②理由		1. 新規ケアプラン 2. 定期継続ケアプラン 3. 再審査・変更希望のケアプラン 4. 保険外ケアプラン				
アセスメント・評価の場所		1. 自宅 2. 施設内 3. その他 ( )						
参加者 (複数回答・番号を記入)		1. 本人 2. 子供の配偶者 3. 配偶者 4. 親 5. 子供 6. その他						
家族の状況 ※別居家族でも親子は記入する。特に介護担当者はもれなく記入 ※「介護担当と内容」欄は毎日、土日のみ、週1回などと記入		氏名・続柄		性別	年齢	介護担当と内容	同・別	
		※主介護者						
		1)			歳			
		2)			歳			
		3)			歳			
		4)			歳			
5)			歳					
健康状態・疾病等								

※「 / / 」は年月日を記入する欄です。

# I 基本情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.2

## 1 現在利用しているサービスの提供機関

注：番号に□のついている項目と太字は、課題ニーズにかかわる重要な項目です。

	業務内容	サービス開始日	機関名	連絡先	備考
1			(担当者： )		
2			(担当者： )		
3			(担当者： )		
4			(担当者： )		
5			(担当者： )		
6			(担当者： )		
7			(担当者： )		
8			(担当者： )		
9			(担当者： )		
10			(担当者： )		

## 2 利用者の生活歴・生活情報・訴え

①生活歴													
②一日の生活のしかた (過去2～3日の生活リズム)	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4
③利用者の訴え・生活上の要望	/ /												
④家族内の関係や要望	/ /												
⑤生活場所の変更希望	0. 本人は生活場所（自宅・施設・その他）の変更を希望していない 1. 本人は生活場所（自宅・施設・その他）の変更を希望している					/ /	/ /	/ /					

## 3 社会保障制度利用・経済

①高額介護サービス・高額療養費等	0. なし 1. あり（具体的に記述： )	/ /	/ /	/ /
②公費負担医療制度等	0. 利用・変更の必要なし (利用制度： ) 1. 利用・変更の必要あり → a. 特定医療 b. 生活保護 c. その他( )			
③経済的負担感	0. なし 1. あり（具体的に記述： )			



## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### A. コミュニケーション・視聴覚・認知の状態 (1～3)

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.3

#### 1 コミュニケーション・聴覚

アセスメント日: / / / / / /

① コミュニケーションの表現方法	a. 会 話			
	b. 筆 談			
	c. 合図 (サイン)・身振り			
	d. 文字板 (コミュニケーションボード)			
	e. 手話や点字			
	f. パソコンやワープロ			
	g. その他 (表情・通訳等: )			
② 会話の程度	0. 普通に会話ができる			
	1. ゆっくりとしているが会話はできる			
	2. 不鮮明な部分もあるが会話はできる			
	3. 言い間違いなどが多く会話になっていない・言葉にならない			
	4. 会話は全くできない			
③ 聴力の程度	0. 普通に聞くことができる			
	1. 補聴器を使えば普通に聞こえる			
	2. 大きな声で聞こえるが聞き取りが悪く聞き違えることがある			
	3. 耳元で、かなり大きな声なら聞こえる			
	4. 大きな声も聞こえない			
	5. 聞くことができない (高度の障害も含む)			
6. 判断できない (理由: )				
④ 補聴器等の利用の程度	0. 使用の必要がない, 適切な用具を使用している			
	1. 必要だが現在は使用していない			
	2. ときどき使用している			
	3. いつも使用している			
⑤ 自分の意思を伝えられる	0. 相手に意思を伝えることができる			
	1. おおむね意思を伝えることができる			
	2. (食事やトイレ等) 具体的な欲求のみ伝えられる			
	3. (ほとんど、または 全く) 意思の伝達はできない			
⑥ 人の話を理解できる	0. 理解できる			
	1. おおむね理解できる			
	2. 具体的指示や誘導のみ理解することができる			
	3. (ほとんど、または 全く) 理解することはできない			
⑦ コミュニケーションや聴力の変化 (過去 60 日間)	0. 改善	1. 変化なし	2. 悪化	
	※自己表現や理解、情報を聞く能力が変化したか			

#### 2 視覚・視野

① 視力の程度 ※眼鏡など着用した状態で判断して下さい	0. 普通 (新聞の活字全てが読める)			
	1. 新聞の見出しは読めるが細かい字は読めない			
	2. 新聞の見出しは読めないが物の動きは追える (1m 位先が見える)			
	3. ほとんど見えない (明暗・色・形は識別できる)			
	4. 全く見えない (明暗・色・形の識別ができない)			
5. 判断できない (理由: )				
② 視覚障害の状況	a. (食事の片側を残す等) 視野に問題がある			
	b. 光の回りにかさや輪が見える			
	c. 明るさの変化に対応できない			
	d. その他 ( )			
③ 視覚補助具の使用状況	0. 使用の必要がない			
	1. 必要だが使用していない			
	2. ときどき使用している			
	3. いつも使用している			
※眼鏡・コンタクトレンズ・眼内レンズ・(レンズ移植)・拡大鏡等の使用状況について判断				

#### 3 認知の状態

① せん妄の兆候・混乱した思考や意識の状況 (過去 7 日間)	a. 集中力が落ちている、注意力散漫			
	b. 周囲の環境に対する認識が変化しやすい			
	c. 支離滅裂な会話が時々ある			
	d. 運動性の落ち着きの無さや無気力がある			
	e. 認知能力が一日の中で変化する			
② 日常の意思決定を行うための認知能力	0. 首尾一貫して理にかなった判断ができる (自立)			
	1. 新しい事態に直面した時にいくらか混乱 (限界的な自立)			
	2. 判断力が弱い、合図や見守りが必要である (中程度の障害)			
	3. 判断できない・(または) まれにしか判断できない			
③ 認知状態の変化 (過去 60 日間)	0. 改善	1. 変化なし	2. 悪化	

点線……で仕切られた回答欄 (a. b. c. …) には、該当する項目に √ を入れる (複数回答)

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### B. 身体機能・リハビリテーション

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.4

#### 1 日常生活動作の状態

アセスメント日： / / / / / /

①日常生活動作 (過去7日間)	0. 自立 1. 観察・誘導 2. 部分的な依存 3. 広範な依存 4. 全面依存で援助あり 5. 全面依存で援助が必要だが援助がない 6. 本動作は行っていない	A. ベッド上での動作	1. 寝返り 2. 起き上がり				
		B. 座位	1. 座る				
		C. 移乗	1. ベッドから車椅子・ポータブルトイレ 2. 車椅子からトイレ・椅子				
		D. 立位	1. 立ち上がり				
		E. 歩行	1. 歩行				
		F. 着衣	1. ボタン掛けはずし等				
			2. 上着・はんでん等の着脱				
			3. スポンの上げ下げ				
			4. 靴下の着脱				
		G. トイレの使用	1. 便器への移動				
			2. 排泄後の後始末				
H. 整容	1. 洗顔						
	2. 整髪						
	3. 爪を切る						
	4. 歯を磨く						
I. 入浴	1. 浴槽への出入り						
	2. 体を洗う・拭く						
J. 食事	1. 食べる						
K. 階段昇降	1. 昇降する(1段でもよい)						

#### 2 社会生活動作の状態・精神的意欲

①社会生活動作 (家事動作)	①社会生活動作 (家事動作)	②日常生活における 精神的意欲	① 動作	② 意欲	① 動作	② 意欲	① 動作	② 意欲
②日常生活における 精神的意欲  (いずれも 過去7日間)	0. 自立 1. 観察・誘導 2. 部分的な依存 3. 全面依存で援助あり 4. 全面依存で援助が必要だが援助がない 5. 本動作は行っていない	0. 意欲がある 1. 意欲が低下している 2. 全く意欲がない 3. 判断できない  理由 ( )	A. 食事の用意 (※調理や配膳、後片付けなど)					
			B. 洗濯と整理 (※洗う、干す、洗濯物をたたむ等)					
			C. 部屋の整理 (※寝具の整頓や部屋の清掃)					
			D. 電話の利用 (※自分で電話をかけた時、受ける)					
			E. 買い物 (※食べ物や衣類等を自分で選ぶ)					
			F. 交通手段の利用 (※乗り物に乗って移動する)					
			G. 安全の管理 (※戸締り、留守番、火や水の管理等)					
			H. 金銭の管理 (※年金・貯金の管理、集金の対応等)					
			I. 冷暖房の管理 (※機器の操作等)					
			J. 服薬の管理					

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### C. 身体のコントロール

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.5

#### 1 身体のコントロール

アセスメント日： / / / / / /

①麻痺 ②拘縮	①麻痺	②拘縮	A. 顔・口・目・頸部 B. 上肢 C. 体幹 D. 下肢 E. 肩関節 F. 肘関節 G. 手指関節 H. 股関節 I. 膝関節 J. 足指関節 K. その他 ( )	麻痺	拘縮	麻痺	拘縮	麻痺	拘縮
	③バランス	0. なし 1. わずかにあり 2. あり 3. 強い ※部位を図に記入		0. なし 1. わずかにあり 2. あり 3. 強い ※部位を図に記入	A. ほう B. 膝立ち C. 座位 D. 立位 E. 歩行				

#### D. 皮膚の状態と清潔

##### 1 皮膚・清潔

① 皮膚の状態・清潔の状態 (過去7日間)	a. 擦り傷、内出血、創がある			
	b. 痛み、不快等に皮膚が鈍感になっている・体動が少なく同じ場所が圧迫されている			
	c. 湿疹、水疱、ただれ、かぶれがある			
	d. 耳垢、ふけ、皮膚が乾燥、爪がのびている			
	e. 皮膚の清潔が保たれていない (身体が汚れている等)			
	f. おむつ・衣服が汚れている、寝具・介護用品の清潔が保たれていない (交換されていない等)			
	g. その他気がかりな皮膚・清潔の問題がある ( )			

##### 2 褥瘡

① 褥瘡の程度	0. 褥瘡なし 1. 褥瘡あり I. 持続する発赤、熱感、圧痛 II. 水疱・びらん(脂肪組織には達していない) III. 浸出液、くぼみ、ポケット(脂肪層に至る褥瘡) IV. 筋肉・骨に至る褥瘡	A. 頭部			
		B. 背部 (肩甲骨部を含む)			
① 褥瘡の程度	0. 褥瘡なし 1. 褥瘡あり I. 持続する発赤、熱感、圧痛 II. 水疱・びらん(脂肪組織には達していない) III. 浸出液、くぼみ、ポケット(脂肪層に至る褥瘡) IV. 筋肉・骨に至る褥瘡	C. 上肢 (肩～手)			
		D. 腰部・臀部 (仙骨部を含む)			
① 褥瘡の程度	0. 褥瘡なし 1. 褥瘡あり I. 持続する発赤、熱感、圧痛 II. 水疱・びらん(脂肪組織には達していない) III. 浸出液、くぼみ、ポケット(脂肪層に至る褥瘡) IV. 筋肉・骨に至る褥瘡	E. 下肢 (大腿～足)			
		F. その他 ( )			

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護団

### E. 排泄のコントロール

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.6

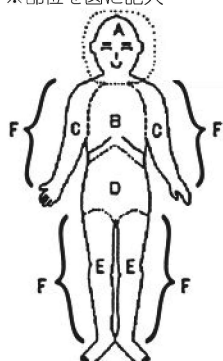
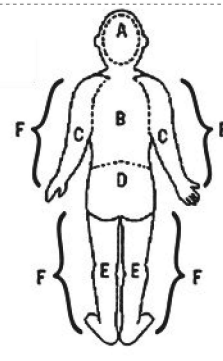
#### 1 排泄のコントロール

アセスメント日: / / / / / /

① 排尿の状態	0. 普通 1. 課題あり →	a. 排尿がない b. 少ない (4回/日以下 又は 500ml以下) c. 頻尿 (11回/日以上)	( 回/日)	( 回/日)	( 回/日)
② 尿意の状況 (過去7日間)	0. 尿意がある 1. 尿意がない				
③ 尿の出かた (過去7日間)	0. 普通に排尿 1. 課題あり →	a. 残尿がある b. 排尿が困難 c. 尿管の中断 d. 排尿時痛い e. その他 ( )			
④ 尿失禁の状況 (過去7日間)	0. 完全にコントロールできる (カテーテル使用している) 1. 通常は失禁しない (週1回以下) ので介助は不要 2. 時々失禁する (週2回以上あるが毎日ではない) 3. しばしば失禁する (毎日失禁する傾向だが、若干コントロールが保たれている) 4. 失禁状態 (コントロールできない、毎日頻繁に失禁)				
⑤ 排便の状況 (過去7日間)	0. 普通に排便 1. 課題あり →	a. 便秘 (便が硬く、出にくい) b. 下痢	( 回/日/週/月)	( 回/日/週/月)	( 回/日/週/月)
⑥ 便失禁の状況 (過去7日間)	0. 完全にコントロールできるので介助は不要 (人工肛門含む) 1. 通常は便失禁しない (週1回以下) ので介助は不要 2. 時々便失禁する (週2回以上あるが毎日ではない) 3. しばしば便失禁する (毎日便失禁する傾向だが、若干コントロールが保たれている) 4. 便失禁状態 (コントロールできない、毎日頻繁に便失禁)				
⑦ 排便の調整方法	0. 普通に排便 1. 課題あり →	a. 下剤・整腸剤を服用している b. 浣腸を使用している c. 摘便 d. 食事、水分を調整している e. 対処なし			
⑧ 排泄に関わる問題					

### F. 痛みの状態

#### 1 痛みの状態

① 痛みの状態	0. 痛みなし 1. 痛みあり →	I. 少し痛い、しびれる II. 痛い、強くしびれる III. 痛くて我慢できない	A. 歯・口・目・耳・頭・顔・首		
※疼痛性のしびれも含む	※部位を図に記入		B. 体幹 (胸・腹・背部)		
			C. 上肢 (肩～手)		
			D. 腰部・臀部		
			E. 下肢 (大腿～足)		
			F. 関節 ( )		
			G. その他 ( )		

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### G. 栄養状態と食べ方の状況

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.7

#### 1 食事

アセスメント日: / / / / / /

① 食事の状態  ※経管栄養の 場合は 非該当とする	A. 場所・誰と	0. 皆と一緒に食べる 1. 居室で一人で食べる (理由: ) 2. ベッド上で一人で食べる (理由: )			
	B. 食事の状況	a. 温かい食事がまったくとれない			
		b. 季節感のあるメニューがまったくとれない			
		c. 好みの食事がまったくとれない			
		d. 食事に1時間以上かかる			
	e. その他 ( )				

#### 2 栄養状態・食べ方

① 栄養状態	A. 肥満と痩せ	0. 標準～標準に近い体型 1. 非常に痩せすぎ 2. 非常に肥りすぎ	身長 cm	身長 cm	身長 cm
	B. 過去30日間で5%以上 体重の増加・減少があった	0. ない 1. 増加 2. 減少	体重 kg	体重 kg	体重 kg
	C. 栄養のバランス	0. よい (保たれている) 1. バランスが保たれていない			
② 咀嚼の状況	0. 普通に噛める 1. きざみ食なら噛める 2. 軟食・ペースト状なら噛める 3. 咀嚼できない 4. 胃瘻・腸瘻・経鼻栄養等のため咀嚼していない				
③ えん下の状況	0. 普通に飲める 1. 水はむせるが、軟食は飲める 2. 流動食は時々むせるが飲める 3. 流動食はむせる／誤えんする 4. えん下できない 5. 胃瘻・腸瘻・経鼻栄養等のためえん下していない				
④ 食事療法・制限	0. 食事療法・食事制限は行っていない 1. 食事療法・食事制限を行なっている (内容: )				

#### 3 飲水

① 1日の水分量 (過去7日間)	0. 普通 1. 少ない (1,000ml 未満) 2. 非常に少ない (500ml 未満) * 1日平均水分量。食物・味噌汁・点滴等の水分も含む			
---------------------	--	--	--	--

### H. 歯と口腔の状況

#### 1 歯・口腔

① 歯・口腔内の 状態と病気の 予防 (過去7日間)	a. 入れ歯を持っているが合わない・使わない・自分の歯がない			
	b. 虫歯がある・歯が折れている・ぐらぐらしている			
	c. 歯ぐきや舌の炎症・腫脹・出血・口腔内の膿、発疹等がある			
	d. 食間または寝る前に食べカスが口腔内に存在する			
	e. 1日1回も歯または入れ歯を磨かない・うがいをしない			
	f. 口が渇く、口臭がある			

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### I. 社会生活への参加意欲

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.8

#### 1 社会生活への参加状態

アセスメント日: / / / / / /

① 社会生活の意欲 (過去7日間)	a. 計画された活動に参加しない b. 周囲の人との自然な付き合いがない c. 生活に積極的に参加しない(友人づくり、新しい活動)等			
② 本人の役割 (過去7日間)	a. 孤立感を感じている b. 周囲の人に対して役に立っていないと感じている			
③ 過去の役割への こだわり	a. 過去の役割や地位に対する強い執着を示す b. 失われた役割や地位に対して悲しみ、怒り、空虚感等を表したりする			
④ 自発性・参加意欲 (過去30日間)	0. 改善 1. 変化なし 2. 悪化			
⑤ 趣味・ 生活の楽しみ 具体的内容を 記入する				
⑥ 信仰・宗教 具体的内容を 記入する				

### J. 気分と行動・行動障害・周辺症状

#### 1 気分と行動

① 気分と行動 (喪失感・孤独感等) (過去30日間)	a. 悲しみ、絶望感、無用感、非現実的な恐れ、悲嘆、不安感等の意思表示がある b. 涙ぐむ、感情的なうめぎ、溜息、息切れ等がある c. デイケア、機能訓練等の社会参加を拒否する、興味を持っていたが活動しなくなる d. 健康のことばかりを考えている e. 自殺企図・行為をとる f. 朝早く目覚め、熟睡感がなく不機嫌である			
② 気分の持続性 (過去7日間)	過去7日間で悲しみや不安な気分が続き、日常生活に支障がある	0. いいえ 1. はい		

#### 2 行動障害・周辺症状

① 行動障害・周辺症状 (過去7日間)	0. ない 1. 時々ある 2. 頻回にある	A. 徘徊(目的もなく歩き回る、迷子等) B. 暴言(騒々しい・叫ぶ・大声・奇声)・暴行(脅かす、どなる等) C. 過食・拒食・異食 D. 被害的な訴え E. 幻覚(幻視、幻聴) F. 妄想、作話(作り話) G. 迷惑な音を立てる H. 不潔行為 I. ケアの拒否(介護の抵抗) J. 収集癖 K. 火の不始末・その他(			
------------------------	------------------------------	--	--	--	--

Memo

## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### K. 対人関係・ケア上の課題

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.9

#### 1 対人関係

アセスメント日： / / / / / /

① 対人関係	a. 介護担当者とうまくいかない、担当者を拒否する			
	b. 介護担当者以外の人とうまくいかない			
	c. 家族や友人とふれあいが少ない、ふれあいを望まない			
	d. 家族や親戚が面会にこない（面会、自宅）			
	e. 家族や友人を最近失う（転居を含む）			

#### 2 ケア上の課題

① ケア上の課題	a. 不審な打撲やけが・殴られたあざ・火傷等がある			
	b. 長時間抑制している・長時間隔離している、人と会わせない、手紙や電話をつながない			
	c. 不衛生な所に放置されている、食事や飲み物を与えられていない、週一度も風呂に入っていない			
	d. 嫌みやののしる・おどかさ・無視等を常時繰り返す			
	e. 本人の年金や現金、貯金、株等を使ってしまう、説明もなく本人に使わせない			
	f. オムツ等を人前で被わずに替える、男女共用の衣服・髪型を強要し自由に選択させない等			
	g. 過度な向精神薬の使用により、日常生活に影響がある			

### L. 認知症の状態

#### 1-① 認知症の状態

判定（評価レベル）		日常生活能力	日常会話・意思疎通	具体的例示	
0	正常	(一)	社会的、家庭的に自立	普通	活発な知的活動持続
	(土)	同上	同上	同上	通常の社会生活と家庭内活動可能
1	異常 衰退	軽度（+1）	・通常の家庭内での行動はほぼ自立 ・日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度	・ほぼ普通	・社会的なできごとへの興味や関心が乏しい ・話題が乏しく、かぎられている ・同じことをくり返し話す、たずねる ・いままでできた作業（事務・家事・買い物など）にミスまたは能力低下が目だつ
2		中等度（+2）	・知能低下のため、日常生活が一人ではちょっとおぼつかない ・助言や介助が必要	・簡単な日常会話はどうやら可能	・慣れない状況で場所を間違えたり道に迷う ・同じものを何回も買い込む ・金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要
3		高度（+3）	・日常生活が一人ではとてもむり ・日常生活の多くに助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない	・簡単な日常会話すらおぼつかない ・意思疎通が乏しく困難	・慣れた状況でも場所を間違え道に迷う ・さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる
4		最高度（+4）	同上	同上	・自分の名前や出生地すら忘れる ・身近な家族と他人の区別もつかない
判定結果				/ / / / / /	

※ 柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」による  
出典：「老年期痴呆」第10巻，87頁～89頁，1996年

Memo



## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### M. 生活習慣・課題となる兆候

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.10

#### 1 生活習慣

アセスメント日： / / / / / /

① 飲酒	0. 現在飲酒習慣なし 1. 週に1～5日飲んでいる 2. 週に6日～毎日飲んでいる 3. ほぼ毎日飲み、飲酒について注意を受けたり、気がとがめたりしている 4. 現在は飲んでいないが、飲酒について相談したり、自己コントロールしたいと思っている			
② 喫煙	0. 経験なし 1. 喫煙していた ( )本/日 2. 喫煙している ( )本/日			
③ 睡眠	A. 睡眠の程度	0. 普通 1. やや浅い 2. 眠れない		
	B. 睡眠のリズム	a. 昼寝がながい b. 昼夜逆転している		

#### 2 課題となる兆候や症状

① 体温の状況 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. 発熱がある、発熱をくり返す b. 身体に創がある c. リンパ腺が腫れている d. 寒気・震えがある e. 熱が出やすい環境である f. 膀胱留置カテーテルを使用している g. 体温調節ができない(脳、脊髄疾患等)			
② 呼吸・心臓の状態 (過去7日間)	A. 呼吸・心臓の状態	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. 息切れ・どろき・胸痛 b. 脈がみだれる c. 呼吸困難・起座呼吸 d. 呼吸する時ゼーゼーしている e. その他 ( )		
	B. 咳が出る	0. いいえ 1. はい (状態: )			
	C. 痰が出る	0. いいえ 1. はい (状態: )			
③ 浮腫(むくみ)の状態 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. むこうずねにある b. 手足の先にある c. 眼瞼や顔にある d. その他にある ( )			
④ 水分喪失 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. 口が渇く・皮膚がたるむ・元気がない b. よく吐く c. 尿の量が急増している d. 普段より多く汗をかいている e. 出血が続いている f. 30℃以上の部屋に長時間いる g. 塩分の過剰摂取 h. その他 ( )			
⑤ 出血 (過去7日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. まっ黒の便が出る b. 排便の時血が混じる c. 血を吐く d. 痰に血が混じる e. 尿が赤い f. 出血を伴うおりものがある g. その他 ( )			
⑥ めまい	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. めまいがする b. 意識喪失(失神)をおこすことがある			
⑦ 転倒事故・骨折 (過去90日間)	0. 課題なし 1. 課題あり → ( )	a. 転倒事故(30日以内) b. 大腿骨の骨折(90日以内) c. それ以外の骨折(90日以内)			

#### 3 状態の安定性

① 心身状態の総合的な安定性 (過去30日間)	a. 気分・ADL(日常生活動作)・認知症の状態・症状などが不安定になりやすい b. 病状が急変したり、再発したり、または病状悪化の可能性がある c. 相談・受診・治療を受けておらず健康状態や症状の確認・診察が必要である			
----------------------------	--	--	--	--

Memo



## Ⅱ 生活療養情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

### N. 治療の状況

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.11

#### 1 既往歴・主副傷病名

	番 号 ※別途・傷病名の 分類表を参照	病 名	発症時期	備 考
①既往歴				
②主・副傷病名				
③症状・経過 治療の状況				
④医療的管理の 必要性の検討 (主治医の意見含む)	1. (訪問)診療 2. (訪問)看護 3. (訪問)リハビリテーション 4. (訪問)歯科診療 5. (訪問)薬剤指導 6. (訪問)栄養指導 7. その他 ( )		/ /	/ /

#### 2 特別な治療・ケア

アセスメント日: / / / / / /

①特別な 治療・ケア  何か特別な治療を されていますか? (過去30日間)	A. 呼吸	a. 吸入 b. 吸引 c. 気管切開部のケア d. (在宅)酸素療法 e. (在宅)人工呼吸療法			
	B. 栄養	a. 末梢静脈注射による与薬・点滴 b. 中心静脈による栄養 c. 経鼻経管栄養 d. 胃瘻・腸瘻による栄養 e. インシュリン注射			
C. 排泄	a. 透析 (携行式腹膜灌流を含む) b. 膀胱留置カテーテル・腎カテーテル c. 膀胱洗浄 d. 人工肛門・人工膀胱 e. 導尿				
D. その他	a. 褥瘡のケア b. 疼痛のケア c. モニター測定 d. その他 (創傷処置など )				

#### 1 使用薬の状況

### O. 薬・使用薬の状況

①使っている薬  右記の薬を使 っていますか? ※服薬、注射、 塗布剤含む (過去7日間)	a. 抗 菌 薬 : b. ステロイド薬 : c. 抗 が ん 薬 : d. 向 精 神 薬 : e. 降 圧 薬 : f. 鎮 痛 薬 : g. 睡 眠 薬 : h. そ の 他 :			
②薬の飲み方の 状況	a. 薬の飲み残しがある b. 薬の量を指示より多く飲んでいる c. 定時服用していない d. 服用方法・時間・量が理解できていない e. 拘縮・変形・えん下困難等で薬が飲めない f. 薬の飲みかたを自分で調整している g. 複数の薬の飲みあわせについて説明を受けていない h. その他の理由で薬が飲めない ( )			

Memo

# Ⅲ ターミナルケア情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.12

## 1 ターミナル期

アセスメント日： / / / / / /

① ターミナルの判断	A. ターミナル期である	0. いいえ 1. はい				
------------	--------------	-----------------	--	--	--	--

「1. はい」の場合のみ、次項へ進む

② 死期が近づいている徴候	0. なし 1. あり	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     a. 傾眠・意識不明瞭                      b. 徐脈 (50回/分以下)                      c. 徐呼吸 (8回/分以下)                      d. 呼吸困難                      e. 体温低下 (35℃以下)                      f. 乏尿 (500ml以下/日)                      g. 食事や水分がとれない状態が続いている                      h. その他 ( )                 </div>						
③ ターミナル期を過ごす場所 (本人・家族)	0. 考えていない 1. 入院・入所施設 2. ホスピス・緩和施設 3. 在宅 4. 不明		本人	家族	本人	家族	本人	家族
④ 死への受容 (本人・家族)	0. できている 1. できていない 2. 不明							

※ ターミナル期とは、あらゆる治療をしても治癒に導くことが出来ない状態  
 ターミナル期の判断は医師によってなされ、ターミナル期間は死亡前3～6ヶ月以内で、ターミナルケアは看護師によってなされるよう連携を図る

Memo

# IV 家族介護・家事の情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.13

## 1 家族介護の状況

アセスメント日： / / / / / /

①主介護者の同居	0. 同居 1. 別居			
②主介護者またはキーパーソンの有無 ※家族について記入	0. 介護者・キーパーソンの双方がいる 1. 主介護者のみいる 2. 主介護者がキーパーソンを兼ねている 3. キーパーソンのみいる 4. 双方ともいない			

主介護者／キーパーソンがいる場合（上記回答0.1.2.3）のみ次項に進む

③介護者の就労状況	0. 無職（介護に関係なく無職） 1. パートタイム就労 2. 介護のために退職した 3. 1日8時間以上の勤務（会社員・自営業・農林漁等）			
④介護の負担感	0. なし 1. あり	a. 疲れている、睡眠時間が取れない b. 健康に不安がある、体調が悪い c. 精神的なゆとりがない、不安やイライラがある d. 相談相手がない e. 外出する時間がない、家族との時間・自分の時間がもてない f. 対象者との関係がうまくいかない g. その他（ ）		
⑤介護者の知識・技術	0. よく理解し、よく応用する 1. 理解し、多少応用する 2. 少し理解できるが応用しない 3. ほとんどわからない			
⑥介護の受容	0. 介護を受容し積極的に解決行動がとれる 1. 介護を受容・対応する努力をしている 2. 介護が受容できず、不満を漏らしたり、批判をしている 3. 介護が受容できず、怒り・否認・抑うつ・混乱状態にある			
⑦介護の状況	0. できている 1. やや不十分 2. 介護は不可能			
⑧介護継続の意思	0. 自宅でこのまま介護継続を希望（新たな社会資源の希望なし） 1. さらに社会資源を利用して在宅介護を希望 2. 施設への入所・入院を希望 3. 他の家族等の家での介護を希望			

## 2 家事負担の状況

家族全体の	① 家事の状況	② 家事の負担感	①状況	②負担	①状況	②負担	①状況	②負担
① 家事の状況 ② 家事の負担感 ※具体的な家事担当者を明示したい場合は下のMemoに記入	0. できている 1. 不十分 2. できていない	0. 負担はない 1. 負担あり 2. 負担大	A. 調理 B. 日用品の買い物 C. 寝具・住まいの掃除、整理 D. 洗濯・衣類の整理 E. その他（代行等） ( )					
③ 夜間・休日時ケアの必要	0. 必要としない／希望しない 1. 希望する	a. 夜間の定時・巡回訪問 b. 夜間の連絡や相談 c. 休日の連絡、臨時対応 d. 不安時の相談 e. その他（ ）						
	夜間・休日ケアに対する 家族の意見							

Memo（主介護者に関する情報等）

# V 社会資源導入情報

©公益財団法人 日本訪問看護財団

日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

NO.14

## 1 住宅の改修

アセスメント日: / / / / / /

① 住宅改修の必要	①改修場所	②必要性			
	1. 居室・療養室				
	2. 浴室（浴槽・シャワー）				
	3. トイレ				
	4. 廊下				
	5. 玄関				
	6. その他（ ）				
a. 床段差改修 b. 傾斜改修 c. 手すり改修		d. 扉・引き戸改修 e. 洋式便器の 取り替え工事 f. その他		↑	

## 2 生活用具の導入

使用中…すでに改修・導入済の場合に記入

必要…新たに導入・変更の必要性が生じた場合に記入

① 生活用具・福祉用具の利用状況	A. 起居・寝具・褥瘡予防用具	1. ベッド、ベッド付属品（ベッド柵・立ち上がりバー） 2. マットレス、エアーマット、エアークッション、除圧用具 3. 体位変換器、工事不要の手すり 4. クッション・枕 5. その他（ ）	使用中	必要	使用中	必要	使用中	必要
	B. 移動用具	1. 車椅子（普通型、介助型、電動式）、付属品（クッション・電動補助装置） 2. 歩行器（杖、松葉杖、カナディアンクラッチ、ロフトランドクラッチ、多点杖）、ステッキ、歩行車、介助用車、ペダル 3. スロープ、段差解消器、階段昇降機 4. 移動用リフト（床走介式、固定式、据置式）、昇降リフト 5. その他（ ）						
	C. 排泄用具（購入）	1. ポータブルトイレ、トイレ（水洗、洗浄、暖房トイレ） 2. 集尿器（特殊尿器）、しびん、差し込み便器 3. おむつ、尿パッド、ライナー 4. その他（ ）						
	D. 入浴用具（購入）	1. 入浴補助具（シャワーチェア、バスボード、マット） 2. 手すり 3. 入浴リフト、リフト吊り具、簡易浴槽 4. その他（ ）						
	E. 食事・調理用具	1. 食事用エプロン 2. 食事用自助具（障害者用食器、スプーン、ナイフ等） 3. 安全調理器具（電磁調理器、電気コンロ等） 4. その他（ ）						
	F. 生活用具	1. 生活自助具（はさみ、爪切り、ボタンエイド等） 2. 冷暖房器具 3. 掃除・洗濯用具 4. その他（ ）						
	G. 緊急用具	1. 認知症老人徘徊探知装置、発信機 2. 緊急通報装置、機器（電話、ペンダント等） 3. 火災報知器、ガス警報機、消火器 4. その他（ ）						
	H. 看護用具やケア用具	1. 消耗品（ガーゼ、綿棒、包帯、絆創膏等） 2. カテーテル類（吸引、膀胱留置、導尿等） 3. 医療材料・器具等 4. その他（ ）						

## 3. 社会サービスの導入

① 介護保険給付の居宅サービス（要支援者は介護予防サービスを利用する）	1. 訪問介護（①身体介護 ②生活援助 ③介護タクシー） 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護（医療機関・ステーション） 4. 訪問リハビリテーション 5. 通所介護・療養通所介護 6. 通所リハビリテーション 7. 短期入所生活介護（介護福祉施設のショートステイ） 8. 短期入所療養介護（老健・医療機関のショートステイ） 9. 居宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士） 10. 特定施設入居者生活介護 11. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 12. 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、その他（ ）						
② 介護保険給付外のその他のサービス	1. ケアハウス・有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）、サービス付き高齢者向け住宅 2. 移送サービス 3. 配食・食事 4. 地域包括支援センター 5. 総合事業（訪問型サービス・通所型サービス等） 6. その他（ ）						

Memo





## アセスメント票記入時参考資料（1）

表1 「家族世代関係図」記入の取り決め

<p>□ = 男性      ↗ □ = 利用者本人（男性）</p> <p>○ = 女性      ↗ ○ = 利用者本人（女性）</p> <p>□ ——— ○ = 結婚、相互関係を示す線</p> <p>□ ——— ○ = 内縁関係</p> <p>□ ——— ○ = 関係のひどい葛藤を示す揺れ動く線</p> <p>□ ——— ○ = 二人の人間関係が肉体的、感情的、あるいはどちらか一方の切り離し状態</p> <p>□ ——— ○ = 離婚</p> <p>————— = 特別な関係、あるいはお気に入りの子供を示す線</p> <p>◇ = 性別不明</p> <p>■ or ● = 死亡した人</p> <p>養子は [□] [○]</p> <p>※親子関係は左端から第1子とする</p> <p>※年齢、名前、職業、健康状態も必要に応じて記入する</p> <p>※同居している者を実線で囲む</p>	<p style="text-align: center;">例1) 基本的な3世代の記入図</p> <div style="text-align: center;"> </div>
---	---



## アセスメント票記入時参考資料（2）

表2 傷病名の分類

（出典：社会保険表章用疾病分類）

傷病名	大分類	傷病名	大分類
I 感染症及び寄生虫症	1. 腸管感染症 2. 結核 3. 主として性的伝播様式をとる感染症 4. 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患 5. ウイルス性肝炎 6. その他のウイルス性疾患 7. 真菌症 8. 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 9. その他の感染症及び寄生虫症	XI 消化器系の疾患	1. う蝕 2. 歯肉炎及び歯周疾患 3. その他の歯及び歯の支持組織の障害 4. 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 5. 胃炎及び十二指腸炎 6. 痔核 7. アルコール性肝炎 8. 慢性肝炎（アルコール性のものを除く） 9. 肝硬変（アルコール性のものを除く） 10. その他の肝疾患 11. 胆石症及び胆のう炎 12. 膵疾患 13. その他の消化器系の疾患
II 新生物<腫瘍>	1. 胃の悪性新生物<腫瘍> 2. 結腸の悪性新生物<腫瘍> 3. 直腸 S 状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍> 4. 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍> 5. 気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍> 6. 乳房の悪性新生物<腫瘍> 7. 子宮の悪性新生物<腫瘍> 8. 悪性リンパ腫 9. 白血病 10. その他の悪性新生物<腫瘍> 11. 良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	XII 皮膚及び皮下組織の疾患	1. 皮膚及び皮下組織の感染症 2. 皮膚炎及び湿疹 3. その他の皮膚及び皮下組織の疾患
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1. 貧血 2. その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	1. 炎症性多発性関節障害 2. 関節症 3. 脊椎障害（脊椎症を含む） 4. 椎間板障害 5. 頸腕症候群 6. 腰痛症及び坐骨神経痛 7. その他の脊柱障害 8. 肩の傷害<損傷> 9. 骨の密度及び構造の障害 10. その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	1. 甲状腺障害 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	XIV 腎尿路生殖器系の疾患	1. 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 2. 腎不全 3. 尿路結石症 4. その他の腎尿路系の疾患 5. 前立腺肥大（症） 6. その他の男性生殖器の疾患 7. 月経障害及び閉経周辺期障害 8. 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
V 精神及び行動の障害	1. 血管性及び詳細不明の認知症 2. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 3. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 4. 気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む） 5. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 6. 知的障害<精神遅滞> 7. その他の精神及び行動の障害	XV 妊娠、分娩及び産じょく	1. 流産 2. 妊娠高血圧症候群 3. 単胎自然分娩 4. その他の妊娠、分娩及び産じょく
VI 神経系の疾患	1. パーキンソン病 2. アルツハイマー病 3. てんかん 4. 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 5. 自律神経系の障害 6. その他の神経系の疾患	XVI 周産期に発生した病態	1. 妊娠及び胎児発育に関連する障害 2. その他の周産期に発生した病態
VII 眼及び付属器の疾患	1. 結膜炎 2. 白内障 3. 屈折及び調節の障害 4. その他の眼及び付属器の疾患	XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	1. 心臓の先天奇形 2. その他の先天奇形、変形及び染色体異常
VIII 耳及び乳様突起の疾患	1. 外耳炎 2. その他の外耳疾患 3. 中耳炎 4. その他の中耳及び乳様突起の疾患 5. メニエール病 6. その他の内耳疾患 7. その他の耳疾患	XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
IX 循環器系の疾患	1. 高血圧性疾患 2. 虚血性心疾患 3. その他の心疾患 4. くも膜下出血 5. 脳内出血 6. 脳梗塞 7. 脳動脈硬化（症） 8. その他の脳血管疾患 9. 動脈硬化（症） 10. 低血圧（症） 11. その他の循環器系の疾患	XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	1. 骨折 2. 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 3. 熱傷及び腐食 4. 中毒 5. その他の損傷及びその他の外因の影響
X 呼吸器系の疾患	1. 急性鼻咽頭炎〔かぜ〕<感冒> 2. 急性咽頭炎及び急性扁桃炎 3. その他の急性上気道感染症 4. 肺炎 5. 急性気管支炎及び急性細気管支炎 6. アレルギー性鼻炎 7. 慢性副鼻腔炎 8. 急性又は慢性と明示されない気管支炎 9. 慢性閉塞性肺疾患 10. 喘息 11. その他の呼吸器系の疾患	XXI 特殊目的用コード	1. 重症急性呼吸器症候群〔SARS〕 2. その他の特殊目的用コード

（注）備考の「総務省告示」は「総務省告示第35号（平成27年2月13日）」である。





## ②ケアプラン作成検討表 (Step2-1)

©公益財団法人 日本訪問看護財団

ご利用者No.		チェック No.		作成 年月日		記入者 氏名		ご利用者 氏名		様
---------	--	-------------	--	-----------	--	-----------	--	------------	--	---

課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	ケア プラン 有無	ケアの 優先 順位	課題の根拠・情報の所在 (アセスメント情報から当てはまる項目 のみをそのまま記入)	ケアプラン検討の必要性と その理由・意見
1. コミュニケーション・聴覚障害に関わる検討				
2. 視覚障害に関わる検討				
3. せん妄状態に関わる検討				
4. 認知症に関わる検討				
5. ADL・IADLの低下、リハビリテーションに関わる検討				
6. 転倒の危険性に関わる検討				
7. 日常生活用具・居住環境に関わる検討 <input checked="" type="checkbox"/> 在				
8. 孤立・生活意欲低下に関わる検討 (生活の活性化)				
9. 気分の落ち込み・憂うつ・情緒不安定に関わる検討				
10. 行動障害・周辺症状に関わる検討				
11. 役割遂行に関わる検討				
12. 対人関係に関わる検討 (望ましい人間関係)				
13. 食事・栄養状態に関わる検討				
14. 脱水状態・水分補給に関わる検討				

## ②ケアプラン作成検討表 (Step2-2)

©公益財団法人 日本訪問看護財団

課題・ニーズ領域 (該当番号に○印)	ケア プラン 有無	ケアの 優先 順位	課題の根拠・情報の所在 (アセスメント情報から当てはまる項目 のみをそのまま記入)	ケアプラン検討の必要性と その理由・意見
15. 歯・口腔ケアに関わ る検討				
16. 排泄ケア・コントロ ールに関わる検討				
17. 問題の兆候・病状の 安定性に関わる検討				
18. 健康管理・セルフケ アに関わる検討				
19. 睡眠に関わる検討				
20. 皮膚・清潔ケアに関 わる検討				
21. 痛みのコントロール に関わる検討				
22. 虐待予防に関わる検 討				
23. 薬の管理・服薬に関 わる検討				
24. 呼吸・心臓機能の 変調に関わる検討				
25. 感染・発熱の兆候に 関わる検討				
26. 医療的処置や器材に 関わる検討				
27. 家族介護力・家族機 能に関わる検討 <input checked="" type="checkbox"/>				
28. 家事に関わる検討 <input checked="" type="checkbox"/>				
29. 経済・制度利用の選 択や変更・拡大に関 わる検討				
30. ターミナル期に関わ る検討				

# 居宅サービス計画書 (1)

(Step 3-1)

初回・紹介・継続		認定済・申請中		作成年月日		年	月	日
ご利用者No.	ご利用者名		様	印	生年月日	M	T	S
ご利用者住所	〒	居宅サービス計画 作成者名・職種	作成回数		年	月	日	
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所 住所・所在地			年	月	日	～
初回計画作成日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日	～
要介護状態区分								
要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5								
利用者及び家族の生活 に対する意向と承認 (要望)								
介護認定審査会の意見 及びサービスの種類の 指定								
総合的な援助の方針								
生活援助中心型の 算定理由								
1. 一人暮らし      2. 家族等が障害・疾病等      3. その他 (      )								

# 居宅サービス計画書 (1)

(Step 3-1)

初回・紹介・継続 認定済・申請中		作成年月日		年	月	日
ご利用者No.	ご利用者名	様	生年月日	M	T	S
〒	居宅サービス計画 作成者名・職種	印		年	月	日
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所 住所・所在地					作成 回数
初回計画作成日	年	月	日	認定の有効期間	年	月
要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					
利用者及び家族の生活 に対する意向と承認 (要望)	----- ----- ----- ----- -----					
介護認定審査会の意見 及びサービスの種類の 指定	----- ----- ----- ----- -----					
総合的な援助の方針	----- ----- ----- ----- -----					
生活援助中心型の 算定理由	1. 一人暮らし      2. 家族等が障害・疾病等      3. その他 (      )					

# 居宅サービス計画書 (2)

(Step 3-2)

ご利用者No.		ご利用者名		様 印		記入者名		作成年月日		年 月 日		
ケア 優先 順位	生活全般の解決す べき課題 (ニーズ)	援助目標		援助内容								
		長期の目標 (期間)	短期の目標 (期間)	サービス内容 (ケア項目)	保険の 適否 ※1	サービス種別と事業所	担当 職種	頻度	期間			

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

# 居宅サービス計画書 (2)

(Step 3-2)

ご利用者No.		ご利用者名		様	印	記入者名	作成年月日		年	月	日
ケア 優先 順位	生活全般の解決す べき課題 (ニーズ)	援助目標		援助内容							
		長期の目標 (期間)	短期の目標 (期間)	サービスの内容 (ケア項目)	保険の 適否 ※1	サービス種別と事業所	担当 職種	頻度	期間		

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

# 週間サービス計画書

(Step 3-3)

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様 印

担当者名 \_\_\_\_\_

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動・行動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								

週単位以外のサービス	
------------	--

(注) 「日課計画表」との選定による使用可。



# 週間サービス計画書

(Step 3-3)

ご利用者名 様 印

担当者名 \_\_\_\_\_

作成年月日 年 月 日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動・行動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								

週単位以外のサービス	
------------	--

(注) 「日課計画表」との選定による使用可。

# 施設サービス計画書 (1)

(Step 3-1)

初回・紹介・継続 認定済・申請中		作成年月日		年	月	日					
ご利用者No.	ご利用者名	様	印	生年月日	M	T	S	年	月	日	
ご利用者住所 〒	施設サービス計画 作成者名・職種		作成回数								
居宅介護支援事業所名	施設サービス計画作成 介護保険施設住所・所在地										
初回計画作成日	年	月	日	認定日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日
要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5											
利用者及び家族の生活 に対する意向と承認 (要望)											
介護認定審査会の意見 及びサービスの種類の 指定											
総合的な援助の方針											

# 施設サービス計画書 (2)

(Step 3-2)

ご利用者No.	ご利用者名	様 印	記入者名	作成年月日	年 月 日	
ケア 優先 順位	生活全般の 解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標		援助内容		
		長期の目標 (期間)	短期の目標 (期間)			
			サービス内容 (ケア項目)			

(Step 3-4)

# 日課計画表

様 印

ご利用者名

担当者名

作成年月日

年 月 日

	主な日常生活上の共通サービス	担当者	主な日常生活上の個別サービス	担当者	備考
4:00					
6:00					
8:00					
10:00					
12:00					
14:00					
16:00					
18:00					
20:00					
22:00					
24:00					
夜					
2:00					
4:00					
随時実施するサービス					

共通サービス

その他のサービス

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。

# 日課計画表

(Step 3-4)

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様 印

担当者名 \_\_\_\_\_

作成年月日

年 月 日

	主な日常生活上の共通サービス	担当者	主な日常生活上の個別サービス	担当者	備考
4:00					共通サービス
深夜					
6:00					
早朝					
8:00					
午					
前					
10:00					
12:00					
午					
14:00					
後					
16:00					
18:00					
夜					
20:00					
間					
22:00					
24:00					
深夜					
2:00					
4:00					
随時実施するサービス					

その他のサービス \_\_\_\_\_

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。

# サービス担当者会議の要点

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様

居宅サービス計画作成者 (担当者) 氏名 \_\_\_\_\_

開催日	年	月	日	開催場所	開催時間	開催回数	
会議出席者				所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
検討した項目							
検討内容							
結論							
残された課題							
(次の開催時期)							

# サービス担当者会議の要点

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 \_\_\_\_\_

開催日	年	月	日	開催場所	開催時間	開催回数
会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題						
						(次の開催時期)

# サービス担当者に対する照会(依頼)内容

ご利用者名

様

居宅サービス計画作成者（照会者）氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。



# サービス担当者に対する照会(依頼)内容

ご利用者名

様

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。





# モニタリングと評価

ご利用者No.		ご利用者名		様 担当者名				
ケア 項目 番号	モニタ リング 実施日	1. ケア実施状況 (実施内容・トラブル状況)	2. 利用者・家族の満足度・意見 (回数、内容、従事者、職種等) (1. 非常に満足 2. 満足 3. 不満 4. わからない)	3. プラン修正の必要性 とその理由 (1. あり 2. なし)	4. ケア終了の判断と理由 (1. 終了 2. 継続)	評価 実施日	1. 短期目標の内容 (番号のみでも可)	2. 短期目標の達成度と評価 (1. 達成した 2. 達成しない 3. 判断できない)
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2		1. 2. 3 1. 2. 3	1. 2. 3 1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2		1. 2. 3 1. 2. 3	1. 2. 3 1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2		1. 2. 3 1. 2. 3	1. 2. 3 1. 2. 3
		利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2	1. 2 1. 2		1. 2. 3 1. 2. 3	1. 2. 3 1. 2. 3

# モニタリングと評価

ご利用者No.	ご利用者名	様	担当者名				
ケア 項目 番号	1. ケア実施状況 (実施内容・トラブル状況)	2. 利用者・家族の満足度・意見 (回数、内容、従事者、職種等) 〔1. 非常に満足 2. 満足 3. 不満 4. わからない〕	3. プラン修正の必要性 とその理由 (1. あり 2. なし)	4. ケア終了の判断と理由 (1. 終了 2. 継続)	評価 実施日	1. 短期目標の内容 (番号のみでも可)	2. 短期目標の達成度と評価 (1. 達成した 2. 達成しない) (3. 判断できない)
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3
	利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4 利用者 1. 2. 3. 4 家族 1. 2. 3. 4	1. 2	1. 2	1. 2			1. 2. 3

# サマリーと総合評価

ご利用者 No.	ご利用者名	担当者名
終了年月日	評価年月日	年 月 日
参加者氏名		
サマリーと評価内容		

**情報活用欄**（保険情報等貼付可能）

# 介護予防サービス・支援計画表

No. \_\_\_\_\_

ご利用者名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（初回作成日） \_\_\_\_\_ 年 月 日 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日 \_\_\_\_\_ 1年 \_\_\_\_\_

アセスメント領域と	本人・家族の意欲・意向	領域における課題意欲・意向	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画				事業所	期間
							目標についてのポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別		
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	( )					
日常生活（家庭生活）について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来进行べき支援が実施できない場合】

適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印





# 介護予防支援・サービス評価表

評価日

ご利用者名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
			※			

参考資料

総合的な方針

地域包括支援センター意見

プラン継続  
 プラン変更  
 終了

介護給付  
 予防給付  
 介護予防  
 介護予防  
 終了

高齢者施策  
高齢者施策  
高齢者施策

## 日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（財団方式）の開発者等名簿

2001年3月10日に下記の方々によって、財団方式が開発されました。

(2001年3月現在の所属)

内田恵美子	(財)日本訪問看護振興財団事務局長
島内 節	東京医科歯科大学医学部保健衛生学科教授
秋山 正子	(医)社団春峰会立白十字訪問看護ステーション所長
岩崎 榮	日本医科大学常任理事
今瀬 繁子	東海大学医療技術短期大学助教授
岡本 祐三	神戸市看護大学看護学部教授
亀井 智子	聖路加看護大学助教授
木村 恵子	元東京医科歯科大学医学部保健衛生学科非常勤講師
國光 登志子	北陸学院短期大学教授
神津 仁	神津クリニック院長
佐々木明子	埼玉県立大学保健医療福祉学部助教授
篠田 道子	OFFICE SHINODA 代表
柴田 佐智子	(財)日本訪問看護振興財団立おもて参道ケアプランセンター所長
鈴木 章	日本歯科大学歯学部助教授
高階 恵美子	元東京医科歯科大学医学部保健衛生学科講師
田久保恵津子	(財)日本訪問看護振興財団訪問看護推進部課長
近森 栄子	神戸市看護大学保健看護学講座講師
友安 直子	東京医科歯科大学医学部保健衛生学科非常勤講師
細谷 たき子	福井医科大学医学部看護学科助教授
松村 秩	茨城県立医療大学保健医療学部教授
宮内 清子	愛媛県立医療技術短期大学教授

2003年4月から11月末までに下記の方々によって、介護保険制度改正等に伴い一部見直しを行ないました

(2003年4月現在の所属)

石川 セツ子	(社)秋田県看護協会訪問看護部長
久保野イツ子	(社)宮崎県看護協会ナースセンター長
中村 麻美	(社)奈良県看護協会立橿原訪問看護ステーションいまい
名越 静香	(社)広島県看護協会立訪問看護事業局訪問看護事業部長
並木 奈緒美	(社)山梨県看護協会立ゆうき訪問看護ステーション所長
宮内 清子	愛媛県立医療技術短期大学教授
佐藤 美穂子	(財)日本訪問看護振興財団常務理事
田久保恵津子	(財)日本訪問看護振興財団事業部長
脇坂 靖美	(財)日本訪問看護振興財団立刀根山訪問看護ステーション統括所長
中村 順子	(財)日本訪問看護振興財団立おもて参道ケアプランセンター所長