

平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

効果的な「包括的自立支援プログラム」の運用と効率的
なアセスメント方式の設定に関する調査研究事業
報告書

平成 22 年 3 月

社団法人 全国老人保健施設協会

はじめに

平成12年4月1日にスタートした介護保険制度は、この4月でちょうど10年の節目を迎えることになる。過去10年間に対する評価や将来の持続可能性等については、各人の立場で見解が異なるだろうが、要介護状態となっても尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス等に係る給付を行う、との理念に異を唱える人は無いだろう。

一方、老人保健施設は介護保険制度スタートの10余年前、昭和60年8月に表された「中間施設に関する懇談会中間報告」にルーツを遡ることができる。介護保険制度の理念と同様、要介護高齢者の尊厳性、主体性、自立性を基本的な考え方として掲げたこの報告書で、多様化するニーズに的確に対応できる新しい施設類型、医療と福祉の「中間施設」、病院と在宅の「中間施設」として、老人保健施設が提唱されたのである。

以来20年にわたり、老人保健施設は日本の社会保障制度の「実験場」として、また、地域の多様なニーズに対応し良質なリハビリテーションを提供する施設として、障害を持つ高齢者の在宅復帰や在宅生活支援を担ってきた。介護保険制度導入により介護老人保健施設となって以降も、利用者の尊厳と有する能力に応じた自立という不変の目標に向かって、試行錯誤を繰り返しながら地道に努力を重ねてきた。昨今では、認知症高齢者の増加、要介護高齢者の医療依存度の増大、看取りの問題など、利用者のニーズや環境はいつそう多様化しつつある。また、高齢者を支える介護人材確保の問題、社会保障財源の確保など、介護老人保健施設を取り巻く状況は決して楽観視できるものではない。

しかし、そのような状況であればこそ介護保険の理念に立ち返り、高齢者が安心して住み慣れた地域で生活を続けることができるよう、現状把握に取り組み、時代の要請に答えながら建設的な提言を行なうための研究に尽力することが重要である。

全老健では平成21年度老人保健推進費等国庫補助事業において次の6つの研究事業に取り組んだ。ここに、各研究事業の報告書(6冊分)をとりまとめたので報告する。

- 1 老健利用者の個別特性と時系列的状態像の指標(機能評価とコーディング)の検証に関する調査研究事業
- 2 効果的な「包括的自立支援プログラム」の運用と効率的なアセスメント方式の設定に関する調査研究事業
- 3 認知症高齢者における維持期のリハビリテーションの効果的かつ適切な提供方法に関する研究事業
- 4 介護老人保健施設の機能を示す情報とこれに関連した要因に関する調査研究事業
- 5 外国人スタッフ雇用に関する課題点の調査研究事業
- 6 介護老人保健施設入所利用者の基礎疾患や合併症等に対する医療の調査研究事業

これらの研究成果が、介護老人保健施設の関係者のみならず、高齢者の生活を支える全ての方々の取り組みの参考となり、高齢者の尊厳の保持と質の高いサービスの提供につながることを願うものである。

平成22年3月

社団法人全国老人保健施設協会 会長 川合 秀治

目 次

第1章	調査研究事業の背景と概要	1
第1節	調査研究事業の目的	1
第2節	研究事業班名簿	1
第3節	調査研究事業の概要	2
第2章	R4システムの概要	3
第1節	緒言	3
第2節	総論	6
第1項	はじめに	6
第2項	R4システムの概要	7
第3項	老健施設の理念と役割から	9
第4項	新全老健版ケアマネジメントシステム～R4システム～の命名について	10
第5項	R4システムの狙いについて	10
第6項	まとめ	12
第3章	介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式（新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～）に関するアンケート調査	13
第1節	アンケート調査の実施	13
第1項	アンケート調査	13
第2項	挨拶状	14
第3項	調査票	15
第4項	アンケート調査 手引き	21
第5項	ICFレベルアセスメントマニュアル	51
第6項	A-1（インテーク：ニーズ・アセスメント）シート	64
第7項	プレ・インテーク・シート	66
第8項	A-2：インテーク（適性アセスメント）シート	68
第9項	R4ケアプラン総合計画書	70
第10項	R4ケアプラン総合計画書（A4版）	71
第2節	アンケート調査の結果	73
第1項	調査対象者の属性	73
第2項	各設問の回答結果	74
第4章	考察	112
第5章	結論	113
第6章	完成版シート	114
第1節	A-1（インテーク：ニーズ・アセスメント）シート	114
第2節	プレ・インテーク・シート	116
第3節	A-2：インテーク（適性アセスメント）シート	118
第4節	生活機能（ICF）アセスメント	120
第5節	R4ケアプラン総合計画書	122

第1章 調査研究事業の背景と概要

第1節 調査研究事業の目的

介護保険施設3団体版と言われる包括的自立支援プログラムは、要介護認定基本調査項目（以下、基本調査項目）との連動を前提として運用されてきた。

平成21年4月に基本調査項目の改定がなされたため、包括的自立支援プログラムと基本調査項目の整合性がとれなくなり、今までと同様な運用は困難となることが予測される。さらに利用者へのケア（特に認知症への対応）やリハビリテーション、医療等の提供に合致した、より効果的な包括的自立支援プログラムの内容と効率的な記載や事務処理の方策が求められるようになってきた。

社団法人全国老人保健施設協会（以下、全老健）では、平成20年度において「介護老人保健施設（以下、老健施設）では多職種によるチームケア、そのための多職種によるチームアセスメント（team assessment）方式」が必要との方向性の整理がなされた。

今回の調査研究事業では、これまで「老健施設利用者の個別特性と時系列的状態像の指標（コーディング）の検証に関する調査研究事業」で作成した評価指標と、基本調査項目の調整や認知症アセスメントにおける知見等を勘案した包括的自立支援プログラムの調整を行い、効率的・効果的なアセスメント方式に発展させることを目的に調査研究事業を実施した。

第2節 研究事業班名簿

種別	委員名	施設名	役職
研究事業班長	折茂 賢一郎	西吾妻福祉病院	管理者
（以下、五十音順）			
班員	安藤 繁	介護老人保健施設若宮苑	副施設長
班員	江澤 和彦	介護老人保健施設ぺあれんと	理事長
班員	大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷	施設長
班員	千葉 喜弘	介護老人保健施設ひもろぎの園	グループ統括部長
班員 （担当役員）	東 憲太郎	介護老人保健施設いこいの森	理事長
班員	平川 博之	介護老人保健施設ハートランド・ぐらんぱぐらんま	理事長
班員	松浦 美知代	介護老人保健施設なのはな苑	看護部長
班員	山田 剛	介護老人保健施設みえ川村老健	副施設長

第3節 調査研究事業の概要

平成20年度に実施した「地域と介護施設の連携強化のために効果的な包括的介護サービス計画作成のための研究事業」の班員を中心に「効果的な「包括的自立支援プログラム」の運用と効率的なアセスメント方式の設定に関する調査研究事業」班を設置（前頁2. 研究事業班名簿参照）し、効率的なアセスメント方式等の設定に関する検討を行った。

前年度の調査研究事業の結果、先進的な取り組みを実践している老健施設において、いくつかの共通点が明らかとなり、以下のような提言として取りまとめられた。

- ① 入所相談時におけるインテークを確立させ充実させていくこと
- ② 介護老人保健施設としての望ましいアセスメントツールを開発していくこと
- ③ インテークやアセスメントを受けて適切なケアプランが作成できるようにスタッフの教育・研修を充実していくこと、また、在宅復帰につながるように本人・家族と共同でケアプランを作成していくこと
- ④ 多職種がケアの実施を確認しながら、情報を共有していくこと
- ⑤ 地域の関連機関と適切な協力・連携を図っていくこと

その結果等を踏まえ、本事業では、より効率的・効果的で、老健施設に特徴的な在宅復帰・在宅生活支援機能などに合致したチームアセスメント、ケアマネジメント手法を検討し、標準的に使用することができる成果物（書式等）を示すこととしており、これまで数年にわたり研究を重ねてきた「老健利用者の個別特性と時系列的状態像の指標（機能評価とコーディング）」を用いたケアマネジメントについて研究会議において検討をおこない、全老健が掲げている理念と役割を実現するため、老健施設が老健施設らしくあるための新しいケアマネジメント方式を考案した。（この考案した新しいケアマネジメント方式を「新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～」と名付けた。）

また、さらにより効率的・効果的なケアマネジメント方式に発展させるため、全老健会員施設の中から、調査協力施設を選定し、考案した新しいケアマネジメント方式を実践して頂き、現場からの声を徴収するアンケート調査を行った。

第2章 R4システムの概要

第1節 緒言

「ケアマネジメント」という考え方（方法論）は元々イギリスやアメリカなどの諸外国から入ってきたものである。わが国におけるその歴史は比較的新しく、ケアマネジメントという文言も平成6年に老人保健福祉審議会から出された「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」の中で用いられたのが最初である¹⁾。その後は「介護支援専門員」という公的資格の創設もあり、どちらかと言えば、居宅におけるケアマネジメントに関する議論の比重の方が大きかった。様々なアセスメント方式が紹介されたりしたが、居宅と施設のケアマネジメントの違いや、機能の異なる施設毎のケアマネジメントのあり方等については議論されることが少なかったように思う。その中で平成7年6月から、全老健・全国老人福祉施設協議会・介護力強化病院連絡協議会の三団体による「合同勉強会」が始まり、三団体として共通の認識の上に立ったケアプランの策定方法や研修会の実施についてその必要性が議論された。その結果三施設団体の共同開発である『包括的自立支援プログラム』が誕生したのである。

当初包括的自立支援プログラムは多くの期待を持って迎えられ、それをういた全老健のケアプラン研修会にも600名（平成13年）を超える参加者があった。そして平成17年の全老健の調査²⁾によると、約74%の施設が包括的自立支援プログラムを利用していた。しかし、同時に行われた満足度調査においては、このプログラムに満足している施設は23%にすぎず、ケアプラン研修会参加者も平成20年には53名にまで減少していた。また、この間老健施設の在宅復帰率も54.1%（平成14年）から31%（平成19年）へと徐々に減少しており³⁾、次第に包括的自立支援プログラムの限界が明らかになってきつつあった。全老健の色々な研修会の場においても、「アセスメントばかりに時間がとられ、真のニーズが見つからず、なかなかケアプランが作成できません。」とか「ケアプランまでは作成できても、その実行ができません。どうしたらいいのでしょうか？」という悩みを数多く耳にした。さらにいろいろな施設ケアマネジメントのテキストを読んでみても、アセスメントやケアカンファレンスのことは詳しく解説してあっても、真のニーズの見つけ方や、プランを実行する為のコツという、現場で一番欲しい情報に言及してあるものは少なかった。

ここで「居宅」と「施設」におけるケアマネジメントの違いについて考えてみよう。居宅においては、1人のケアマネジャーが1人でアセスメントを行いケアプランを立案する。プランを立てさえすれば、よほどのことがない限り、訪問や通所等のサービスが実行されないということはない。Plan-Do-SeeのDoは担保されているのである。一方施設ではどうだろう？俗に「食事」・「排泄」・「入浴」は三大介護と言われており、施設の職員がこの三大介護に日々追われているのも事実であろう。しかし三大介護の提供だけで、ケアプランが実行（Do）されていると考えるのはいかがであろうか？それだけでケアプランが実行（Do）されていると考えるのであればあまりに次元の低いケアマネジメントと言わざるを得ない。工夫をこらした認知症ケアであったり、生活リハビリのような看・介護も参加するチームアプローチリハビリであったり、ケアプランの内容が充実するほど、その実行（Do）の担保が重要となる。理想のケアプランが立ったとしても、実行できなければ意味がない。そして真面目に老健施設のケアマネジメントに取り組んでいる施設ほど、この実行（Do）

の担保に頭を悩ませていると思われる。三大介護は施設における最低限のケア（お世話）。施設ケアマネジメントとはそれに上乗せするケア（サービス）と考えるならば、この実行（Do）の担保こそが居宅と施設のケアマネジメントにおける大きな相違点と考えられる。居宅のケアマネジメントシステムをそのまま施設に持ち込もうとすると、ここで大きく躓いてしまうことになる。

施設にケアマネジャーの配置が必須となった際、実地指導等で「1人のケアマネジャーが1人で100人の入所者のアセスメントを行い、1人で100人分のケアプランを立てなさい。」というようなことをよく指摘された。これも居宅のケアマネジメントシステムをそのまま施設に持ち込もうとしたために生じたもう一つの大きな齟齬であった。本来老健施設には、医師や看護師やリハスタッフや管理栄養士といった多職種が配置されており、ケアマネジャーを直接サポート可能な支援相談員も配置されている。ケアマネジャー1人ではなく、多職種でアセスメントする方がよほど優れたアセスメントとなるのは明らかであろう。ケアプランの立案にしても、多職種の協働で行うことにより内容の周知が容易となろう。施設におけるケアマネジャーとは、オーケストラの指揮者のような役割と考えたら解り易い。独演する必要はないのである。

一方、平成14年8月7日には「指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設に対して、サービスを受ける必要性の高い者の優先的な入所（入院）に努めるよう義務付ける。」旨の通知（厚生労働省令第104～106号、平成14年8月7日）が発出され、同時に特養については「入所に関する具体的な指針を作成することが適当である。」旨の通知（老計発第0807004号平成14年8月7日）が発出された。これを受けて各都道府県から特養の入所基準策定指針が示されたことは周知の事実である。しかしこの際、老健施設や療養型の入所基準についての通知は発出されていない。本来、終生入所が単一の利用目的である特養とは異なり、老健施設利用（入所）の目的は、終生入所（特養待機含む）、レスパイト入所、緊急入所、急性期病院から在宅までのかけ橋入所等々多彩なはずである。そういう意味では、サービスを受ける必要性の高い者の優先的な入所については、より高い透明性及び公平性が求められるのかもしれない。

包括的自立支援プログラムを含めた過去の施設ケアマネジメントシステムにおいては、この「入所の利用目的」に言及しているものは見当たらない。全て入所後のアセスメントからケアマネジメントが発効しているのである。単純明快なことかもしれないが、「なぜ老健施設に入所したいのか？」「老健施設に入所してどうなりたいのか？」という利用目的のアセスメントの視点が無かったのである。明確な利用目的に身体・認知の機能評価を加味することにより、ケアプランの立案は容易となるであろうし、このニーズ・アセスメントから発効するケアマネジメントシステムは、老健施設の役割である在宅復帰・在宅生活支援とも密接に関連していると考えられる。高齢者が抱えている障害分析から発効するケアマネジメントではなく、老健施設の利用目的から発効するケアマネジメントは、利用者や家族のみならず、職員にもケアプランの目的を明確に意識付けることが可能ではないのだろうか。入所してからのアセスメントでは遅い。入所前の利用目的を含めたアセスメントが重要と考えられる。

この度の新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～は、従来の三団体版「包括的自立支援プログラム」から脱却し、老健施設の役割・機能を反映させた老健施設独自のケアマネジメントシステムとなっている。そしてその特徴としては以下の4点が挙げられる。

- ① 入所前の利用目的の把握（ニーズアセスメント）
- ② プランの実行（D o）の担保
- ③ I C Fを用いた身体・認知の機能評価
- ④ 多職種協働のケアマネジメント

このR4システムが世の中に広く認知され、多くの老健施設で利用されることを心から願っている。

- 1) 白澤政和：公的介護保険の行方～ケアマネジメントとの関係で～, あくしょん, P24-29, 1996.
- 2) 平成17年度老人保健事業推進費等国庫補助事業「リハビリテーション（総合）実施計画を包括する介護サービス計画書（ケアプラン）作成のあり方に関する研究事業報告書」, P18-21, 2006.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部：「介護サービス施設・事業所調査」

第2節 総論

第1項 はじめに

五訂 介護支援専門員基本テキスト（第1巻 P324）によると、施設介護支援サービスは次のように書かれている。「施設介護支援サービスは、利用者（入居者）一人ひとりの暮らしを支え、施設という環境での自律的な生活の維持、生活の質の向上を目指して行われる一連の過程から成り立っている。また、場合によっては、その施設から在宅へ、あるいは他の施設や居住系サービス提供施設に移り住むための退所計画も必要になる」と。

この文章はいかにも一般の「施設」における介護支援サービスのことを言い当てているかのごとく捉えられるが、一つ気になるのは「利用者」を「入居者」と言い換えている点である。言葉のあやかも知れないが、入居者と言ってしまうと、施設に「住む」概念が強く出てしまう。わが老健施設は、決して長らく住むところという概念はないはずである。後述する老健施設の理念にあるように、在宅復帰に向けた施設であるはずであり、住民票を移動して移り住むことはない。あくまでも我が家は別にあり、我が家に戻ることを前提にした「一時的な入所」であり、老健施設は「利用者一人一人を、良くする機能を持った施設」であるはずなのではないか。しかし、全ての利用者が必ずしも在宅復帰できるとは限らず、長期入所にならざるを得ない場面も当然ながらあることも事実だ。

さらに、同書の同じページの最後には次のように施設について記述がされている。「…施設の在り方の議論は、施設という箱ではなく、住む場所、という意味でのとらえ直しともいえると思います。」と。もうお分かりのように、介護支援専門員の受験を志す人たちのバイブルともいえる同書が施設をこのように定義していることの総論には間違いはないのであろうか、大いに疑問である。老健施設がこの考えで施設介護支援サービスを適用して良いものとは思えない…という疑念から、老健施設の利用者のためのことを考えた「老健施設介護支援サービス」の在り方を見つめ直してみたいというのが、本事業の狙いである。老健施設が本来的な老健施設らしくあるための施設介護支援サービスの在り方を全面的に見直したのである。そして、その目的を達成するための考え方としての「新しいケアマネジメントシステム」の概念と位置付けていただければと思う。是非とも、真意をお汲み取りのうえ、明日からの老健施設での日々のケアに結び付けていただければ幸いである。

第2項 R4システムの概要

図1

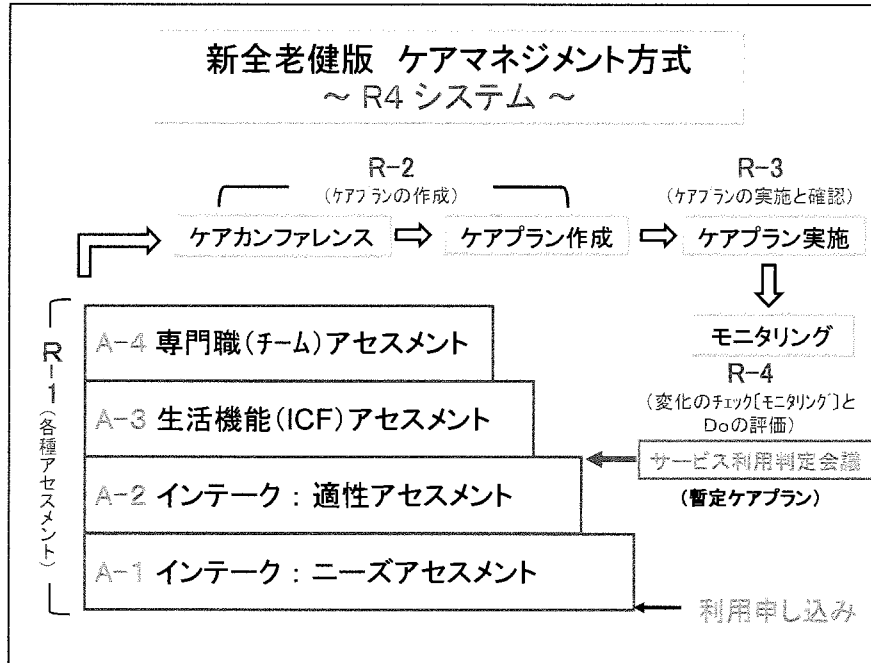


図1をご覧いただきたい。詳細は省くが、介護支援ステップを4段階に分けた（R-1からR-4の4段階）。さらに、R-1のアセスメントを4つの段階に分けた（A-1からA-4の4段階）。R-4のRはRokenの頭文字からの「R」と4つの段階が2括りあることから「4」と名付け、これを合体させて「R4システム」と称することにした。これらの段階は全て全老健としての理念と役割をより明確にすることを念頭に置いた。後述において、各段階の概要を説明するとともに、それぞれの段階が全老健としての理念と役割のどこに当たるのかも論述したい。そして、今回のR4システムの着目点をまとめたものが表1になる。

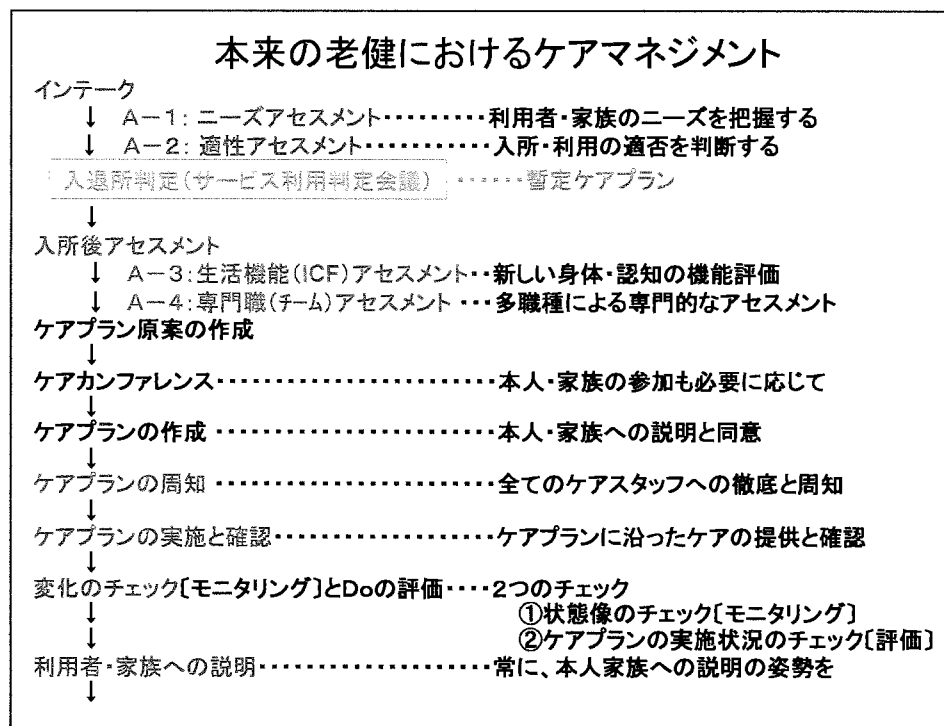
表1

R4システムの着目点	
①4つのレベルのアセスメント	入所前: A-1インテーク: ニーズアセスメント A-2インテーク: 適性アセスメント・・・インテーク後の暫定アセスメント 入所後: A-3生活機能(ICF)アセスメント・・・従来のアセスメント A-4専門職(チーム)アセスメント・・・多職種連携専門的アセスメント
②ケアプランの職員への周知の徹底	
③ケアプランに沿ったケアの提供と実施の確認	
④利用者の状態像の微妙な変化をキャッチ	要介護認定ではない微妙な変化をチェック
⑤利用者・家族への説明と同意の徹底を容易にすること	

入所前のインテークと言われるレベルに焦点を当て、実際にサービス利用の申し込みから利用開始までに可能な限りのアセスメントを行う（過不足のない情報収集と説明責任など）ことを大前提とした。その上で、入所時（サービス利用時）には暫定ケアプランの下地ができる。その上で、実際の入所後（サービス利用後）に、従来のアセスメントと称された段階をICFに則って実施するとともに、老健施設内に様々な存在する各種専門職の職種別アセスメントを合体させる過程を、施設の介護支援専門員が統合する役割を果たすことになる。この際、利用者本人や家族の参加や同意は当然のこととなる。その上で、作成したケアプランを職員に周知を徹底させ、そのプランに沿ったケアの提供に努めること。更に、利用者の心身機能の状態像を的確かつ時系列的にも判断し、モニタリングにつなげ、次回のケアプランに反映させることになるのである。

次に、老健施設本来のケアマネジメントとはいかにあるべきかをまとめたのが図2にあたる。

図2



ケアマネジメントの方法論は、各施設で様々な取り組みがなされている。ケアマネジメント論からもこの図1の流れは一般的な考えに則ったものであり、日常の施設におけるケアマネジメントの段階で抜け落ちていたものに光を当て、老健施設本来の目的に則った活動をするために忘れてはならない段階を強調したものである。それこそが、R4システムの神髄であり、決して唯我独尊的なものではないことを理解してほしい。

第3項 老健施設の理念と役割から

全老健は、老健施設の理念を「介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。また、家族や地域の人びと・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。」と定めてある。そしてそのための役割を5つに明確化し、まず第1番目に「包括的ケアサービスの施設」として、利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援すること。そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供するとなっている。この「利用者に応じた目標と支援計画を立てる」ということが、「A-1 インテーク：ニーズ・アセスメント」に結び付いていく重要なポイントになる。

第2番目としては「リハビリテーション施設」としての位置づけである。体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを行うものだ。老健施設は「良くする施設」と言い換えることもできる。生活機能の向上のためには、リハビリテーションの概念は重要であることは言を待たないが、目標に応じた適切な専門職の視点もリハビリテーションと生活の中における「生活リハビリテーション」とが支援計画の中で明確に位置付けられなくてはならない。つまり、これが「A-4 専門職（チーム）アセスメント」としてのポイントになる。

第3番目は「在宅復帰施設」である。脳卒中、廃用症候群、認知症等による個々の状態像に応じて、多職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰に努めることである。これは、利用者・家族の利用目的の明確化とすれば「A-1 インテーク：ニーズ・アセスメント」から「R-4 変化のチェック【モニタリング】とD○の評価」までのすべての段階が関与する本質的な課題とも言えるだろう。

第4番目としては「在宅生活支援施設」となる。自立した在宅生活が継続できるよう、介護予防に努め、入所や通所・訪問 リハビリテーションなどのサービスを提供するとともに、他サービス機関と連携して総合的に支援し、家族の介護負担の軽減に努めることである。これは、今回の「R4システム」には直接的には絡まないが、在宅復帰のためには当然ながら在宅生活を支援する必要がある。

そして最後の第5番目は「地域に根ざした施設」ということになる。家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応すること。市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担うものである。また、評価・情報公開を積極的に行い、サービスの向上に努めようというものでもある。利用者の評価という面でいえば、「R-4 変化のチェック【モニタリング】とD○の評価」とに通じるともいえるが、老健施設が老健施設らしくあるためには地域の拠点となる活動を忘れてはならないのは当然のことともいえる。

第4項 新全老健版ケアマネジメントシステム～R4システム～の命名について

今回の「R4システム」は次のような特徴がある。

・「R」はRokenの頭文字からとった「R」である。これは老健施設独自のという意味合いを込めて命名した。

・「4」は4つの重要な段階が2括りあるという意味で「4」と命名した。その2つの括りは下記の通りである。

介護支援ステップにおける「4」

R-1：4つのアセスメント（A-1からA-4）

R-2：ケアプラン作成

R-3：ケアプランの実施と確認

R-4：変化のチェック〔モニタリング〕とDの評価

アセスメントにおける「4」

A-1：インテーク：ニーズ・アセスメント

A-2：インテーク：適性アセスメント

A-3：生活機能（ICF）アセスメント

A-4：専門職（チーム）アセスメント

第5項 R4システムの狙いについて

一つ目の「4つの段階」であるR-1からR-4をご覧いただきたい。この流れは、至極当然のことかと思うが、そのそれぞれに従来の経験知から来る老健施設ケアマネジメントの流れに的確なアクセントをつけたものである。

まずはR-1であるが、従来から「アセスメント」とひとくくりにされたものを4つの段階に区分することを明確にしたものである。その4段階を経なければ、老健施設利用者の本来目的を見失ってしまう可能性があるからである。それも、入所前のアセスメント（A-1/A-2）と入所後のアセスメント（A-3/A-4）にも区分してある。つまり、老健施設利用者に対しては、入所前のアプローチが重要であることを明快にしている点である。

R-2はどうだろうか。これも単なるケアプランの作成だけではなく、いかにしてケアカンファレンスを効果的かつ適切に開催するのかを明確に示すことにしている。さまざまな専門職によるアセスメントを経たうえでの議論の場となる。当然そこには利用者・家族の意見・意思が中核に添えられなければならない。そして、この場で完成したケアプランが分かりやすく記載されることも重要なファクターなのである。

R-3ではケアの提供と結果に光を当てた。本来、ケアプランは利用者一人一人のためにあるはずであり、そのケアプランに沿ったケアが提供されるべきことは当たり前のはずだが、実際の現場ではそうならないことも多いという指摘がある（日本介護支援専門員協会平成19年度施設老健事業報告書参照）。老健施設は施設である。施設は、たとえケアプランなどなくとも日常の「お世話」は自然に流れていく傾向がある。食事の提供、排せつの処置、入浴、就寝など様々な日常生活に対する「お世話」は自然発生的に提供できてしまうものなのである。つまり、ややもするとケア提供者は、利用者のケアプランなど見ずに、「お世話」であれば提供できてしまうという罠に陥るきらいがあるということになる。こうした「お世話」で

はいけないことは賢明な読者はすでにお分かりだと思う。介護保険制度の根幹は「住みなれた地域で長く安心して住み続けること」であり、そのために老健施設という施設が支援するのであるから、我が家への復帰を目指してという大目標に立った支援をするべきことは、老健施設の理念と役割のところでも述べた。つまり、ケアプランに沿ったケアを提供することこそが日々のケアの骨格になる必要があることは当然である。そのうえで、利用者が生きていくための様々な微に入り細に穿っての「お世話」も必要不可欠になるが、ケアプランに沿ったケアの提供の重要性を忘れてはならない。そのためには、せつかくR-2で策定されたケアプランがケアに関わるすべての職種の眼に届く必要がある。そして、全職種が利用者一人一人のケアプランを熟知し、その内容に沿ったケアを提供することの重要性は明確である。そして、実際に行ったケアの結果を確認することの重要性にも光を当てたのだ。

R-4は、全老健としての長年の英知を盛り込んだものである。利用者一人一人の状態像を的確に判断できる指標について、全老健内に設置された「コーディング研究班（略称）」において議論してきたものをまとめたものである。利用者の状態像はさまざまである。身体機能の障害だけでなく、認知機能の障害など千差万別な身体・心理的状况を、「要介護認定」による5つの段階区分だけで評価できるものではないことは自明である。ましてや要介護認定はおおざっぱな状態像の指標でしかなく、時系列的に状態像の変化を表すことはできない。そこで、全老健では、ICFをベースにしながら利用者の状態像を誰でも簡単に、しかも普遍性を持って評価できる指標を作成してきたのである。これは身体・認知機能を14項目に大別し、その各々を5段階に区分し、数値化して変化の機微を観察するものである。このことにより、実際にケアプランに沿ったケアを提供した結果として、利用者のどのレベルがどの程度に変化したのか、効果があったのか、結果として悪くなったのか…などをキャッチできるようになった。このことこそが、モニタリングの基本データになる。そして、今回のこのR-1からR-3の段階を経て、実際に提供されたサービスの効果がどうだったのかがR-4にて明らかになるのである。つまり、ケアプラン策定過程の見直し（モニタリング）につながる非常に大切な段階がこのR-4である。補足にはなるが、R-4で用いる利用者の微妙な状態像をチェックする指標は、後述するA-3の段階でも用いることになるし、もっとも最初の段階のインテーク時（A-1）でも簡単にチェックできる指標でもある。全ての段階で、簡便かつ的確に利用者の状態像をチェックする手段として用いることができること、そしてそれを数値化・イラスト化することにより、施設側だけではなく利用者や利用者家族にも分かりやすいものにしてあることも特徴である。

次に二つ目の「4つの段階」であるA-1からA-4の概要を解説する。この全ての過程が今まで「アセスメント」と一口に言われていたものになる。それを4つの段階に区分したとともに、さらに入所前（A-1/A-2）と入所後（A-3/A-4）にも明快に分けた。

まずは入所前の重要な活動にスポットを当てた。老健施設の理念と役割の3番目に記載されている「在宅復帰機能」を達成するために欠かせないのがA-1とA-2のインテークである。「インテーク」は「相談受付」とか「入口」とか「受理」とか言われるが、この段階を経ずして、申し込みに来た利用者が入所してしまった場合、老健施設はただの「箱もの」にすぎなくなってしまう。利用者には様々な思いがある。家族介護力が低下して、在宅での生活が困難な人から、家族介護疲弊支援のための利用（レスパイトケア）まで様々である。そうした利用者一人一人の思いを、最初の受付のときにしっかり受け止めること、そして老健施設利用の本来の意味合いの説明や自施設の概要の説明などの双方向の話し合いをするこ

とは、入所後の在宅復帰に向けた取り組みの最初の一步なのである（A-1）。この過程をいい加減に扱ってしまうと、後の祭りになることは日常のケアでよくある話だ。そして、その利用者に老健施設利用の適性があるか否かのおおざっぱな判断にもつながる（A-2）。この過程で、すでにサービス利用判定会議（入退所判定会議のことであるが、以下「サービス利用判定会議」という）に提出する資料が全て揃うことにもなるし、入所前訪問に多職種が参加することができれば、すでに簡単な多職種でもプレ・アセスメントが出来上がっていることにもなり得る。まさに、入所前に暫定のケアプランの礎ができることにつながるのである。

そして、サービス利用判定会議を経て、利用者は入所してくる。A-1とA-2の段階を経ているから、入所判定の時点で暫定ケアプランが立案できていることにもなる（利用者・家族の了承をいただいた上で）。利用者は入所当日から安心して新しい環境での療養に励むことができるし、リハビリテーション等のサービスも受け入れられることになるし、入所の目的も明確になっているはずである。

A-3は施設によってさまざまなやり方はあるかと思うが、これが従来的な入所後のアセスメントに相当するものである。施設介護支援専門員が全てのアセスメントをする場合もあるだろうし、担当のケアワーカーが入所後の状況をチェックすることもあるであろう。いずれにせよ、ここで重要なのはICFに着目した生活機能全般のアセスメントを行うことである。利用者一人一人を支えるケアプランの基礎となる段階なのである。

そしてA-4となる。これこそが、多職種連携の醍醐味である。老健施設には様々な職種が働いている。医師・看護師・介護士・リハビリ専門職・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士・支援相談員・介護支援専門員・事務職など実に多彩な職域が一つの建物の中で働いている。こうした専門職、それぞれがプロフェッショナルの視点からのアセスメントを行い、頭のとっぺんから足の先まで独自の視点から評価するというものなのである。

つまり、A-3で行った全般的なアセスメントにA-4での専門職アセスメントを統合することこそが、ケアマネジメントの重要なポイントであることを再確認したい。これが、前述したR-2のケアカンファレンスにつながっていくものとなるのであるから。

第6項 まとめ

老健施設が老健施設らしくあるためにはどのようなケアマネジメント過程が大切に焦点を当ててとりまとめられている。我々老健施設を利用してくださる利用者が安心して老健施設を利用できるため、そのためには老健施設で働く全ての職種が、本書に書かれている趣旨を理解していただくことが大切なのだ。地域を支え、地域の拠点となる活動を老健施設が果たすためにも、大切な考え方が散りばめられている。ケアマネジメント過程には様々な段階がある。その一つ一つの既存の考え方やシートなどを今回の「R4システム」は排除するものではない。各施設で独自に実行してきた今までのケアマネジメント過程で抜け落ちていたもの、強調されてこなかったものなどを、今回の「R4システム」の考え方で補強していただければ良いのである。

第3章 介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式（新全老健版ケアマネジメント方式～R4 システム～）に関するアンケート調査

第1節 アンケート調査の実施

第1項 アンケート調査

考案した新しいケアマネジメント方式（新全老健版ケアマネジメント方式～R4 システム～）について、その概要とシートの活用方法等を記載した～R4 システムの手引き～を作成し、全国47都道府県(6ブロック)の全老健の会員施設の中から選定した15施設に対してアンケートを行い、現場での妥当性を試験することとした。

アンケートの調査方法としては、まずは～R4 システムの手引き～を読んでいただき、その後、R4 システムのシートを活用し実際のケアマネジメントを行うものとし、実際に試用していただいたシートやこのR4 システムの流れ等に関して、施設内の多職種にて相談のうえ、アンケートに回答頂く形式をとった。

アンケートは平成22年1月15日に発送し、平成22年2月8日までに郵送により回収した。1施設を除く14施設から回答が得られ、その全てが有効回答であった。

第2項 挨拶状

全老健第21-416号
平成22年1月15日

調査対象施設 各位

社団法人全国老人保健施設協会
会長 川合秀治
(公印省略)

効果的な「包括的自立支援プログラム」
の運用と効率的なアセスメント方式の設
定に関する調査研究事業班

担当役員 東 憲太郎
班 長 折茂 賢一郎

「介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式(新全老健版
ケアマネジメント方式～R4 システム～)に関するアンケート調査」のご協力
について(お願い)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。また、平素より当会の事業にご
協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当会では、平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事
業分)を受け、「効果的な「包括的自立支援プログラム」の運用と効率的なアセスメント方
式の設定に関する調査研究事業」を実施することとなりました。

本事業では、より効率的・効果的で、老健施設に特徴的な在宅復帰・在宅生活支援機
能などに合致したチームアセスメント、ケアマネジメント手法を検討し、標準的に使用する
ことができる成果物(書式等)を示すこととしており、これまで数年にわたり研究を重ねきた
「老健利用者の個別特性と時系列的状態像の指標(機能評価とコーディング)」を用いた
新しいケアマネジメント方式をこのたび策定致しました。

そこで、この新しいケアマネジメント方式(新全老健版ケアマネジメント方式～R4 システ
ム～)を、現場で試用して頂き、より効率的・効果的なケアマネジメント方式に発展させるた
め、当該アンケート調査を実施することと致しました。

つきましては、諸事ご多忙の折、誠に恐縮でございますが、本調査の主旨をご理解い
ただき、特段のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

本件問合わせ先:

社団法人全国老人保健施設協会事務局 業務部業務第一課

TEL.03-3455-4165 FAX.03-3455-4179

第3項 調査票

介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式
(新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～)に関するアンケート調査票

別添1:「介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式(新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～)に関するアンケート調査手続き」をお読みにになり、別添2～7を貴施設での実際のケアマネジメントにご利用頂き、下記の設問にお答え下さい。
なおご回答につきましては、多職種でご相談のうえ、ご記入頂きますようお願い申し上げます。

1 ご回答者属性(記入代表者はお名前までご記入下さい。)

		職種等番号 (下記から該当の番号を すべてご記入下さい)	役職等 (ご記入下さい)	老健勤務年数 (ご記入下さい)
記入代表者名		①		
	調査協 力者 職 種	②		
③				
④				
⑤				
⑥				
⑦				

【職種等番号】

A:医師 B:歯科医師 C:事務職 D:看護職 E:介護職[介護福祉士、ケアワーカー等]
F:支援相談員 G:OT H:PT I:ST J:栄養士 K:薬剤師 L:その他(職種をご記入下さい)
Z:介護支援専門員
※なお、「A～L」の職種と「Z」介護支援専門員を兼務されている方は「A～L」と「Z」の両方をご記入下さい。

【新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～について】

2 R4システムでは、同封の別添1:「介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式(新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～)に関するアンケート調査手続き」を今後「実用版テキスト」(現場ですぐに活用できるR4システムの概略版)と整理し、その後、さらに各項目の詳細な解説等を掲載した「詳細版テキスト」を作成し、テキストを2種類作成する予定ですが、このテキストについて下記の質問にお答え下さい。

(A)テキストを「実用版」と「詳細版」の2種類のテキストを作成することについてどう思いますか。

1. 有用である 2. どちらでもない 3. 有用でない

上記で「3. 有用でない」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

(B)「実用版テキスト」としての分量は、

1. 多すぎる 2. 多い 3. 適当である 4. 少ない 5. 少なすぎる

上記(A)で「1」又は「2」を選ばれた方にお伺いします。

具体的な箇所及び理由・ご意見等をご記入下さい。

前頁(A)で「4」又は「5」を選ばれた方にお伺いします。

具体的な箇所及び理由・ご意見等をご記入下さい。

(C)「実用版テキスト」の内容としては、

1. 大変わかりやすい 2. わかりやすい 3. 適当 4. わかりにくい 5. 大変わかりにくい

上記(2)で「D」又は「E」を選ばれた方にお伺いします。

具体的な箇所及び理由・ご意見等をご記入下さい。

(D)「手引き」を読んで、R4システムについてお伺いします。

a) インテーク、アセスメント及びケアプランの実施を重要視したこのR4システムの全体の流れについてお伺いします。

1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

b) 上記 a) の回答を選んだ理由をお聞かせ下さい。

(E) その他、R4システムの「テキスト」全体について、ご意見・要望等をご記入ください。

3 各シートについて、ご意見をお伺いします。

(A) A-1: インテーク(ニーズアセスメント)シートについて

別添3: A-1: インテーク(ニーズアセスメント)シートは、R4システムにおけるR1(4つのアセスメント)のA-1: インテーク(ニーズアセスメント)を行う上で利用しやすかったですか。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記で「3. 利用しにくい」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

(B) プレ・インテークシートについて

別添4: 「プレ・インテーク・シート」は利用者の入所希望目的等を把握する上で有用だと思いますか。

1. 有用である 2. どちらでもない 3. 有用でない

上記で「3. 有用でない」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

(C) A-2: インテーク(適性アセスメント)シートについて
別添5:A-2: インテーク(適性アセスメント)シートは、R4システムにおけるR1(4つのアセスメント)のA-2: インテーク(適性アセスメント)を行う上で利用しやすかったですか。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記で「3. 利用しにくい」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

(D) R4システムでは、別添3:A-1: インテーク(ニーズアセスメント)シート及び別添5:A-2: インテーク(適性アセスメント)シートの情報をもってサービス利用判定会議を実施することを想定しておりますが、そのことについて、ご意見をお伺いします。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記(D)についてご意見等をご記入ください。

(E) R4システムでは、サービス利用判定会議後、別添5:A-2: インテーク(適性アセスメント)シートの「サービス利用判定会議」の欄を記入し、このシートを入所から最初のケアカンファレンスまで(ケアプランができるまで)の間、暫定ケアプランとすることにしておりますが、そのことについて、ご意見をお伺いします。

- a) 1. 適当である 2. どちらでもない 3. 適当でない

上記(E)の a)についてご意見等をご記入ください。

b) この暫定ケアプランに短期集中リハビリ加算等の有無を記載し、入所後、すぐに加算が算定できるように利用者の同意(サイン)を頂く欄を別添5:A-2: インテーク(適性アセスメント)シートの裏面に設けましたが、そのことについてお伺いします。

1. 適当である 2. どちらでもない 3. 適当でない

上記(E)の b)についてご意見等をご記入ください。

(F)全老健では、入所から最初のケアカンファレンス(ケアプランができるまで)の間を「暫定ケアプラン」とし、入所後のアセスメントを経て、最初のケアカンファレンスで出される計画書を「ケアプラン原案」と用語を整理し、その「ケアプラン原案」をもとにケアカンファレンスで検討し、利用者の同意が得られたものを「ケアプラン」と整理したいと考えておりますが、そのことについてお伺いします。

1. 適当である 2. どちらでもない 3. 適当でない

上記(F)についてご意見等をご記入ください。

(G)別添2:「ICFレベルアセスメント(Level assesment based on the ICF: LABICF) (仮称)マニュアル」についてお伺いします。

a) 従来の要介護度「手のかかり度」ではなく、利用者の生活機能状態をレベルで表すこのICFレベルアセスメントを利用しての感想及びご意見等をお伺いします。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記で「3. 利用しにくい」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

(H)別添6:「新全老健版ケアマネジメント方式 ~R4システム~介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」についてお伺いします。

a) 別添6:「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」はR4システムにおけるR1(4つのアセスメント)のA-3:生活機能(ICF)アセスメントを行う上で利用しやすかったですか。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記で「3. 利用しにくい」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

b) 別添6:「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」はR4システムにおけるR1(4つのアセスメント)のA-4:専門職(チーム)アセスメントを行う上で利用しやすかったですか。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記で「3. 利用しにくい」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

c) 別添7:「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」(A4版)は、別添6(A3版)をA4版に体裁を変えたものですが、別添6と別添7ではどちらが利用しやすかったですか。

1. 別添6(A3版)が利用しやすい 2. どちらでもない 3. 別添7(A4版)が利用しやすい

上記で c) を選ばれた理由等をご記入ください。

d) R4システムでは、A-3:生活機能(ICF)アセスメント及びA-4:専門職(チーム)アセスメントの情報をもってケアカンファレンスを実施することを想定しております。利用するシートとしては、現在別添6又は別添7:「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」としてありますが、このことについてご意見をお伺いします。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記 d)についてご意見等をご記入ください。

e) 別添6又は別添7:「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」は、R4システムにおけるR2(ケアプランの作成)及びR4(変化のチェックとモニタリング)を行う上で利用しやすかったですか。

1. 利用しやすい 2. どちらでもない 3. 利用しにくい

上記で「3. 利用しにくい」を選ばれた方は、その具体的な箇所及び理由等をご記入ください。

f) 別添6又は別添7:「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」は、このシートで1枚でモニタリングまで含めて記載できるようにしており、このケアプラン総合計画書に利用者・ご家族からの同意が得られれば、「リハビリテーション実施計画書」及び「栄養ケア計画書」に改めて別に同意を得る必要がないようなシートにしたいと考えておりますが、そのことについてご意見をお伺いします。

1. 効率的である 2. 効率的でない 3. どちらでもない

上記 f) について、ご意見等をご記入下さい。

g) その他、R4システムのシートについて、何かご意見・要望がございましたらご記入下さい。

4 R4システムにおけるR3(ケアプランの実施と確認)は、各施設での様々な取り組みがされていることから、各施設で取り組まれている工夫事例を紹介し、自施設にあった方法を取り入れて頂こうと考えておりますが、そのことについてご意見をお伺いします。

(A)上記についてご意見等をお伺いします。

1. 良い 2. どちらでもない 3. 悪い

上記について、ご意見等、自由にご記入下さい。

(B) 貴施設で取り組まれているケアサービス実施記録や各職種と情報を共有するための工夫をお聞かせ下さい。また、差し障りなければそのために貴施設で使用している書式をお送り下さい。(下記、全老健業務一課宛てにお送り下さい)

貴施設で取り組まれている工夫についてご記入下さい。

【書式等送り先】

社団法人 全国老人保健施設協会 業務部 業務第一課 宛
〒105-0014 東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階
電話:03-3455-4165 FAX:03-3455-4172

5 その他、「新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～」について、ご意見等がございましたらご記入下さい。

【現状の課題等について】

6 貴施設で現在使用しているアセスメントツールをご記入下さい。

- A 包括的自立支援プログラム B MDS-HC C 日本社会福祉士会方式
D 日本介護福祉士会方式 E 日本訪問看護振興財団方式 F TAI方式
G 自施設独自のもの H その他()

7 現在使用しているアセスメントツールの使用で工夫していることや悩んでいることをお聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました。

第4項 アンケート調査 手引き

介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式 (新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～) に関するアンケート調査 手引き

～実施要綱～

1. アンケート調査の目的

当会では、平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）を受け、効果的な「包括的自立支援プログラム」の運用と効率的なアセスメント方式の設定に関する調査研究事業を実施することとなりました。

本事業では、より効率的・効果的で、老健施設に特徴的な在宅復帰・在宅生活支援機能などに合致したチームアセスメント、ケアマネジメント手法を検討し、標準的に使用することができる成果物（書式等）を示すこととしており、これまで数年にわたり研究を重ねきた「老健利用者の個別特性と時系列的状態像の指標（機能評価とコーディング）」を用いた新しいケアマネジメント方式をこのたび策定致しました。

そこで、この新しいケアマネジメント方式（新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～）を、現場で試用して頂き、より効率的・効果的なケアマネジメント方式に発展させることを目的としております。

2. アンケート調査対象施設

効果的な「包括的自立支援プログラム」の運用と効率的なアセスメント方式の設定に関する調査研究事業班で全国の介護老人保健施設より選定した15施設

3. アンケート調査方法

本手引きをお読み頂き、別添2～7のシート等を貴施設での実際のケアマネジメントにご利用頂き、調査票の各設問にお答え下さい。なおご回答につきましては、多職種でご相談のうえ、ご記入頂きますようお願い申し上げます。

4. アンケート調査締切

平成22年2月22日（月）まで

※同封の返信用封筒にて、社団法人全国老人保健施設協会事務局まで、ご返信くださいますようお願い申し上げます。

5. その他

- ・ご回答いただきました個別のデータは非公開とし、本調査の目的以外には使用いたしません。
- ・現在、全老健ではこの「R4システム」の電子化の構築も並行して進めており、今回の調査では、電子化された物の提供には間に合わなかったため、紙媒体での調査になってしまったことを御理解ください。紙媒体だと「転記」などが多くなり、手間がかかってしまうが、電子化されると入力作業も省力化され、簡便になります。その点を御理解いただき、今回の調査にあたっていただけると幸いです。ご回答いただいた個別のデータは非公開とし、本調査の目的以外には使用いたしません。

6. 本件紹介先

社団法人全国老人保健施設協会 業務部業務第一課 担当：伊藤、中島
〒105-0014 東京都港区芝 2-1-28 成旺ビル7階
TEL：03-3455-4165 FAX：03-3455-4172
メールアドレス：nakajimak@roken.or.jp

～R 4 システムの手引き～

1. R 4 システムの概要

【背景と経緯】

介護保険制度も10年を経過し、3回の介護報酬改定も経ている。社団法人全国老人保健施設協会（以下、全老健）においても様々な研修会を催して、ケアの質の向上を目指してきた。その中で、介護老人保健施設（以下、老健）におけるケアマネジメントに対する考え方や取り組みにも施設間における温度差がある事を感じ、本来の老健のケアマネジメント方式を見つめ直してみるチャンスであるという結論に達した。全老健が掲げている5つの理念を実現するための、老健が老健らしくあるためのケアマネジメント方式を整理することにより、全国に散らばる全ての老健のケアの質の向上につながる考え方としての「R 4 システム」がほぼ完成したと自負している。

今回は、この新しい「新全老健版ケアマネジメント方式～R 4 システム～」(以下、R 4 システム) の概要を簡潔に解説する。

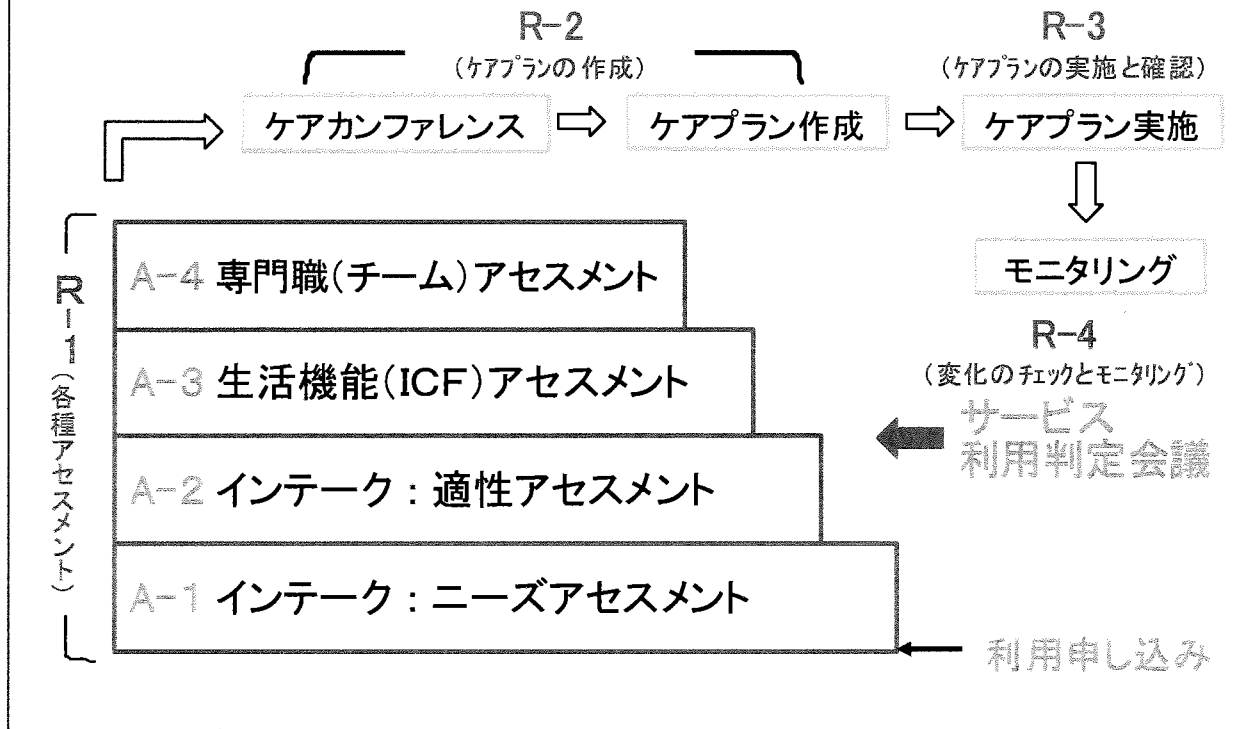
【R 4 システムの心】

過不足ない適切なケアの提供こそが、利用者一人一人に望まれる。同じ要介護状態でも様々な状態像に分かれるからこそ、個別性の高いケアの提供に結びつくケアマネジメントが重要になる。従来は、施設入所後のアセスメントからニーズを引き出すことに主眼が置かれていた施設が少なくなかったが、果たしてそれで良いのだろうか…という疑問からまずは出発した。つまり、老健の一つの柱である「在宅復帰」を狙うのであれば、「入所前アセスメント（インテーク）」をないがしろにはいけない。入所前訪問等により利用者・家族との最初の出会いを大切にしたい。そのうえで、多職種協働というコンセプトに基づき、専門職アセスメントを合体させる過程こそが、ケアプラン作成につながる。

次に、実際に作成されたケアプランに沿った提供が各施設のフロアで提供されているのだろうか…という疑問がでてくる。そこで、実際に作成されたケアプランに沿った提供を「D o の担保」と呼ぶことにした。ここで誤解してほしくないのは、「D o の担保」とは、日々の「お世話」とは異なる利用者各々のケアの目的に沿った「ケアの実施」のことをいう。それを実施するためには、ケアプランのフロア職員への「周知の徹底」と「実施記録の確認」が必要となる。

そして、R 4 システムの目玉は、「利用者の状態像の微妙な変化のキャッチ」ができることである。利用者の機能評価には様々な指標があるが、あまりに複雑なものばかりでは実際の現場では使用できない。今回、全老健では「利用者の個別特性と時系列的状態像の指標（機能評価とコーディング）に関する研究事業」が実を結び、簡潔かつ明瞭な利用者の状態像をチェックできる指標が完成した。これによって、実際に提供されたケアの効果がどうだったのか、また作成されたケアプランの善し悪しが評価できることになる。つまり、モニタリングの最適な指標となるものを導入することができたのである。

新全老健版 ケアマネジメント方式 ～ R4 システム ～



R4システムの流れ		使用するシート	用途等
R-1 (各種アセスメント)	入所相談		
	↓		
	利用申し込み	プレ・インテークシート	利用者及び家族で利用目的や要望を事前にまとめておくために使用する補助資料。
	↓		
	A-1: インテーク(ニーズアセスメント)	A-1: インテーク(ニーズアセスメント)シート	利用者・家族のニーズを把握する。
	↓		
	A-2: インテーク(適性アセスメント)	A-2: インテーク(適性アセスメント)シート	現状の利用者の心身の状況をイカる範囲でレベル判定する。
	↓		
	サービス利用判定会議	A-2: インテーク(適性アセスメント)シート	入所・利用の適否を判断する。判定会議後、このシートをケアプラン暫定案とし、ケアカンファレンスまでは、このケアプランをもとにサービスを提供する。 ※暫定ケアプランに対する利用者及び家族の説明と同意
	↓		
入所	R4ケアプラン総合計画表	利用者の入所後の心身等の状況をレベル判定等する。	
↓			
A-3: 生活機能(ICF)アセスメント	R4ケアプラン総合計画表	多職種による専門的なアセスメント	
↓			
A-4: 専門職(チーム)アセスメント	R4ケアプラン総合計画表	A-3及びA-4のアセスメントに基づき、ケアプラン原案を作成し、その原案をもとにケアカンファレンスで検討する。利用者及び家族も必要に応じて参加する。 ※利用者及び家族への説明と同意。ケアカンファレンス後、出来上がったケアプランをもとにサービスを提供する。	
R-2 (ケアプランの作成)	ケアカンファレンス	R4ケアプラン総合計画表	※ケアプランの周知
	↓		
	ケアプランの作成	R4ケアプラン総合計画表	ケアプランに沿った内容が実施できたかどうかを総合計画表のモニタリング②に記載する。
R-3 (ケアプランの実施と確認)	ケアプランの実施と確認	R4ケアプラン総合計画表	利用者の微妙な状態(心身の状況等)がどのように変化したかをレベル判定にてチェックし、総合計画表のモニタリング①に記載する。 利用者・家族への説明の姿勢は常に持ち続けることが大事
	↓		
R-4 (変化のチェックとモニタリング)	モニタリング		

次ページより、各シートの使用について、説明いたします。

2. A-1 : インテーク (ニーズ・アセスメント)

【老健におけるインテークとは】

老健の利用は、施設サービスの入所にせよ居宅サービスの短期入所や通所リハビリテーションにせよ、いずれも利用相談から始まります。これがインテークの開始になります。本書はあくまでも「利用の手引き」ですので、インテークの意義や機能についての解説は省略し、使用するシートの使い方の説明に留めます。

尚、介護老人福祉施設（特養）を念頭において書かれた「介護支援専門員基本テキスト」の「施設介護支援」では、『入居の日程がはっきりした時点から課題分析が始まり、改めて意向の確認と課題分析項目に基づき、面接調査を行うこととなります。施設介護支援サービスの場合は、このあたりが居宅介護支援におけるインテークと異なるところです。』という記述がありますが、老健は施設という名称ではありますが在宅ケアとの連続性があるという特殊性があることから、老健におけるインテークは標準的なケアマネジメントにおけるものと同様であることを冒頭に強調しておきます。そのことは、全老健が掲げる理念と5つの役割が端的に示唆しています。

【別添3 : A-1 : インテーク (ニーズ・アセスメント) シート】

このシートには2つの機能があります。1つはフェイスシートで必要最低限の基本情報で構成されます。もちろんR4システムはソフト化を前提としていますので、記述部分もありますがマスターからの選択式の項目が多くなります。ただ、現時点では導入期のため面倒に感じられるかも知れませんが、フォーマットを作成してキーボード入力することになります(知識のある方はエクセルやアクセスを活用されることをお勧めします)。

シート裏面で2つめの機能であるニーズ・アセスメントを行います。本人と家族の各々のサービス利用の目的と利用についての意向と目標をアセスメントします。これは、きわめて重要なことです。解説は避けませんが、自分や家族は何をどうしたいのか、どんな期待や目標があるのか、ここの老健に何を求めているのかを面接を通して明らかにしておくことが大切です。単に家庭復帰のためのリハビリテーションだけではなく老健利用者のニーズは多様なものがありますから、そのことを面接技術によって明確化するように心がけることが望まれます。ここで、「介護付住宅の代わりに入所したい」と表明されて安易に請け負ってしまえば、本来、老健を利用すべき人のためのベッドの1つが目的外利用で塞がれてしまうことになってしまいます。極端な例ですが、そのようなことがないように、しっかりとしたニーズ・アセスメントが重要な意味を持つのです。

尚、人との面談が苦手でもどうしても本音が言えなかったり、適切な配慮をしても対等な立場になれず遠慮ばかりが先行してしまったりする利用希望者も現にいます。また、言葉よりも文字で気持ちを表明することが適当な人もいます。そんな場合には「プレ・インテーク・シート」(これは電子データ化しません)を活用すると有用でしょう。事前送付しておいてもいいでしょうし、初回面談時に渡して記入しておいてもらうのもいいでしょう。

以下、簡単な記載要領を記したA-1 : インテーク (ニーズ・アセスメント) シートを示します。

A-1: インテーク (ニーズアセスメント) シート

氏名	ヤマノ 川	性別	M・T・ (S)	歳	ID	*****																						
	社団 法人	(男)	21年 12月 8日生	63	基準日	H.22/1/15																						
		女	住所: 東京都〇〇区〇〇3丁目 2-12-〇 TEL. 03-3***-****																									
保証人: 社団 老健		(続柄) 長男	住所: 同上		TEL. 090-****-****																							
緊急連絡先: ①保証人			②保証人妻・老子 080-****-****		③弟・社団法二 03-3***-****																							
介護保険	保険者: 〇〇区	被保険者番号: *****		要介護度	3	自立度	B1/I																					
	有効期間: H.21/10/1~H.22/9/30			利用者負担段階		第4段階																						
	居宅介護支援事業者: (有)◇△共済会			担当介護支援専門員: 公益花子																								
	保険者意見等: なし																											
医療保険: 〇〇組合健康保険/被扶養者				主治医: 〇〇健保組合診療所・山田太郎																								
既往歴	病名 (主なもの)	発症時期・治療状況等			医療機関																							
	高血圧症	H.10年ごろ診断、降圧剤内服			〇〇健保組合診療所																							
	脳出血	H.20/1/30.発症、保存療法			〇〇健保組合総合病院																							
現病名	脳出血後遺症左半身麻痺	回復期リハ終了、不全麻痺			〇〇健保組合診療所																							
	高血圧症	降圧剤内服中			同上																							
	脳血管性認知症	脳機能賦活剤内服中			同上																							
備考	H.20/2/20~5/15の回復期リハ病棟入院にてAランクまで回復(初回認定:要介護1)したものの、廃用の進行により現在に至ったと主治医意見書に記載あり																											
生活史 (インテークまでの経緯)																												
<p>静岡県〇市生まれ。地元高校卒業後、都内のH大経済学部へ。卒業後、K興商に営業職として入社。28歳で社内婚、2男に恵まれる。営業畑を歩き総務部に異動後、次長職で定年退職。趣味の草野球や旅行で自適の生活へ。20年前に購入した現住地のマンションにて妻(3歳年下、健康状態良好、無職)と暮らしていたが、H.20/1/30意識を失い〇〇健保組合総合病院に救急搬送され、脳出血の診断。保存療法後、回復期リハ病棟を経て要介護1状態(A1/なし)で在宅へ。特に介護保険サービスを利用せず妻に依存してADLが低下。妻が友人や息子の勤めで当施設に入所の相談に来所。</p>																												
一日の過ごし方																												
<table border="0"> <tr> <td>6時</td> <td>8時</td> <td>10時</td> <td>12時</td> <td>14時</td> <td>16時</td> <td>18時</td> <td>20時</td> <td>22時</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>起床 洗面</td> <td>朝食</td> <td>テレビ 座って見ている強く言われなければ、終日、パジャマのまま。</td> <td>テレビか映画のDVDを椅子に</td> <td>を椅子に</td> <td>シャワー</td> <td>夕食</td> <td>テレビ</td> <td>就寝</td> <td></td> </tr> </table>							6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時				起床 洗面	朝食	テレビ 座って見ている強く言われなければ、終日、パジャマのまま。	テレビか映画のDVDを椅子に	を椅子に	シャワー	夕食	テレビ	就寝	
6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時																				
	起床 洗面	朝食	テレビ 座って見ている強く言われなければ、終日、パジャマのまま。	テレビか映画のDVDを椅子に	を椅子に	シャワー	夕食	テレビ	就寝																			
一週間の過ごし方																												
<ul style="list-style-type: none"> ・曜日毎に区分して特記すべきことなし。長男や弟の来訪は月に1~2回程度。急激な生活ぶりを指摘されるので歓談は楽しそうだが小言が嫌だとのこと。 																												
現在の居所: エレベータ付分譲マンション8階の自宅。																												

特記事項

杖歩行（短下肢装具）にて退院してきたものの、野球ができなくなったことでの気分の落ち込みが大きく、自宅でゴロゴロしているだけの生活で機能の低下が進んできたという妻の訴え。介護保険の通所や入所施設は「俺の親父ぐらいの人たちばかりで嫌だ」ということを言って利用を拒んでいたとのこと。

語られたことも含めて「材料」のあることのみで作成。作成者の主観や見立てを入れてはいけな

家族図



一般的なジェノグラムを記載する。必要に応じてエコマップにしてもよいでしょう

在宅環境の状況



一般的な家屋図を記載する。必要に応じて家屋の周辺状況を記載することもあるでしょう

本人：サービス利用の目的（入所・通所・短期）

「妻や息子たちから『何もしないからダメになる』と言われることは頭の中じゃ分かっているけど、いざ何かをすとかリハビリ施設に入所するか考えると知らない人と一緒の部屋なんか嫌で…」
 「這って生活しているのは不便だし、もっと動けなくなるのは不安だから、退院したときのようにになりたい気持ちはある」

語られたことだけ記載

家族：サービス利用の目的（入所・通所・短期）

ここも、語られたことだけ記載する。一般的には初回面談だけでは難しい。頻回のリピーターでも、その都度、確認しておくことが必要。尚、ここに記載されることは、インテーク担当者から自施設の説明がなされた後に確認できた目的や目標である

本人：サービス利用についての意向と目標

家族：サービス利用についての意向と目標

介護保険サービス等利用歴

サービス種別	事業者	利用期間	備考

- ・ 確認をした/受領した資料や書類等：
- ・ 提出を依頼した資料や書類等：
- ・ 重要事項説明書およびサービス利用に際してのリスクの説明：
- ・ 適性アセスメントへの意向確認：
- ・ 合意と同意の確認：

個人情報の保護と管理、依頼事項、自己決定、説明責任などが、プロセスを経て相互理解の下で行われたことの確認の証となる。
 「言った、言わない」、「渡した、預かってない」、「聞いた、聞いていない」…ということがなくなる。

ペーパーレベルでは記述欄が狭い印象だと思います。しかし、ソフト化されれば枠の大きさを気にする必要はありません。また、IDで利用者個人々人を識別して「基準日」で管理しますから、途中で内容に変更があれば前回からの変更事項だけを記入すれば大丈夫です。

次に、ソフト化の予定はありませんが、プレ・インテーク・シートを示します。使い方によっては大変に有用なものになるでしょう。

プレ・インテーク・シート	
<p>これは当施設（介護老人保健施設〇〇〇〇）のご利用を希望される皆さまに、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望などをおうかがいするための用紙です。</p> <p>関係者の皆さまともよくご相談されて、忌憚のないお考えをお書きください。</p> <p>そのうえで次回の面接日にお持ちください。事前にお送りいただいても結構です。</p>	
サービス利用をご希望されるのは、どのような目的ですか？	
ご本人	
ご家族	
サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？また、サービスを利用されるにあたり、私たちにどのような要望がありますか？	
ご本人	
ご家族	

裏面へ

ご面倒をおかけしますが、できれば、ご自宅の間取りや広さ、庭や近隣などの様子がわかる見取り図を描いてください。（定規を使う必要はありませんし、大まかなことが分かればけっこうです。「家屋状況の把握」ということが規則で決められているためです）

お書きいただいた方（方々）のお名前と続柄

- ・ _____ () ・ _____ ()
- ・ _____ () ・ _____ ()

ご協力ありがとうございました。

プレ・インテーク・シートを渡しても提出が期待できない場合も少なくないでしょう。しかし、協同作業を進めていくことの意識づけにも有用でしょうから、強要はよくありませんが渡す価値はあるでしょう。人は面談している時は、思いのほか相手の影響を受けやすいものです。自分ひとりになって考えたり家族と話し合ってみたりすると、施設職員から解放された率直な本音が出てくるのが期待されると思います。

3. A-2 : インテーク (適性アセスメント)

【はじめに】

先のA-1 : インテーク (ニーズ・アセスメント) シートで基本情報とニーズ・アセスメントは済みました。では、すぐに老健のサービス利用が適当かどうかを検討するには、まだ材料 (情報) が不足しています。

A-2 : インテーク (適性アセスメント) シートでは、利用対象者のさらなる情報を集めます。その際には、主治医の診療情報提供書や現在の居宅ケアプラン、入院先からのサマリー等の添付がなされることでしょうか。もちろん、それらはこちら側から提供を求めます。

さて、A-2 : インテーク (適性アセスメント) シートではR 4システムの特徴のひとつであるADLや認知機能に関する全老健版のICFレベルアセスメント (仮称) のスケールが用いられます。これはソフト化されるまでは「評価ハンドブック」として、全スタッフに携行してもらい、「共通言語」として認識してもらうことが重要です。この共通言語が、次の生活機能 (ICF) アセスメント段階以降も老健利用中は継続的に使われます。ですから、この共通言語の正しい理解が老健におけるケアマネジメントの前提条件になっていることを十分に認識しておきましょう。

【別添5 : A-2 : インテーク (適性アセスメント) シート】

このシートには3つの機能があります。1つは老健利用の適否を判断する「サービス利用判定会議」に資する適性アセスメントの機能です。利用希望者と施設側の最終的なマッチング機能とでも言えるでしょう。

2つめはインテークそのものの目的である、「問題の解決策を提示するのではなく、次のチームアセスメント段階 (多分野にわたる多職種による専門的な詳細アセスメント) に向けての必要な情報を得ること」…つまり、A-3 : 生活機能 (ICF) アセスメントの段階への移行プロセスの機能です。

そして、3つ目は「暫定施設サービス計画」の機能です。施設サービス計画 (以下、「ケアプラン」) は、ケアプラン原案をカンファレンスで協議検討したうえで利用者の同意を得てはじめて正式なものになることは、皆さん、ご存知のとおりです。

老健のサービス利用を開始する前に正式なケアプランを作成することは、諸条件が揃っている場合は少数ながらあろうかと思いますが、通常の場合は利用開始後に専門的な詳細アセスメントを経て原案が作成されて、正式なケアプランが作成されます (R 4システムではA-3 : 生活機能 (ICF) アセスメントとA-4 : 専門職 (チーム) アセスメント、そしてケアカンファレンスを経た後)。ですから、正式なケアプランが作成されるまでは暫定ケアプランでのサービス提供が必要になります。この暫定ケアプランに相当するのがA-2 : インテーク (適性アセスメント) シートなのです。もちろん、A-1 : インテーク (ニーズ・アセスメント) シート作成を経たうえでのA-2 : インテーク (適性アセスメント) シートということです。

インテークの最終段階を終えることで暫定ケアプランが作成されているという、画期的なことが実現できるのはR 4システムの優れた機能のひとつです。

では、A-1 : インテーク (ニーズ・アセスメント) シート同様に簡単な記載要領を記したA-2 : インテーク (適性アセスメント) シートを以下に示します。

A-2 : インテーク (適性アセスメント) シート [及び(判定後)→暫定ケアプラン]

氏名 社団 法人	ID:***** 基準日 : H.22/1/18	添付書類等 : A-①シート、 ① ○○健保組合診療所からの診療情報提供書 ② 更新認定時の主治医意見書				
A-①シートの変更・付加事項等	○○健保組合診療所の山田医師も診療の度に老健利用を勧めており、本人は「そろそろ考えなければいけないですね」と述べていたとのこと。					
現病の状況および投薬 : 下の項目も含めて添付の診療情報提供書の写しを参照のこと 現主治医の「病状の安定性」の意見 ⇨ 安定・不明・不安定・コメントなし						
基本動作	レベル	(立位、移乗、座位、寝返り等)				
歩行・移動	レベル	(外出・昇り降り、歩行、移動等)				
移動に用いている装具						
認知機能						
オリエンテーション	レベル	精神活動	レベル	コミュニケーション	レベル	行動障害
食事嚥下機能	レベル	食事 食事動作 及び介助	レベル	留意事項		食形態
排泄動作	レベル	排泄の補助具			尿意・便意	
入浴動作	レベル	入浴手段				
整容	レベル	留意事項		更衣	レベル	留意事項

基本動作から整容までは、「ICFレベルアセスメント」に基づいて記入します。まだ、専門職アセスメント段階ではありません。

備考

各項目についての「特記事項」があれば記入すること。個別ケアに資することになるので、「今ある情報」の中から必要なことを記載。

身体状況等、その他の特記事項

- ・麻痺および拘縮：左足関節尖足気味
- ・筋力：左上下肢（特に下肢はMMT2レベル）
- ・視力：老眼鏡使用にて新聞を読んでいる
- ・聴力：普通の声で対話している
- ・認知関連データ：認定調査結果はIとなっているが、インテークを通して認知機能に支障は感じられなかった。
- ・その他：発症前からバスタブに浸かることは稀で、日常的にはシャワーだけであったとのこと

「ICFレベルアセスメント」では伝えきれない項目や内容および程度などがあれば、ここに記載。
暫定ケアプランに資することを心がける。

インテークに関わった専門職のコメント

[A・K(SW兼CM)]: 疾病及び障害についての理解が不十分で廃用についての認識が薄かったが、面談を通じて、本人の発言から現状態の改善可能性と老健への入所の有用性の理解がなされたと考えられる。

[R・H(OT)]: 訪問面談で簡易評価し可逆性を示唆したところA・Kのコメントと同様。自宅環境の整備については、入所後の身体機能向上(確実に見込める)の程度を2ヵ月後に評価してから検討したい。

一人だけの場合もあるし複数の場合もある。サービス利用判定会議や暫定ケアプランに資することを心がける。A-2シートは必ずしも1日だけで完成させられるわけではない。

H.22 年 1 月 19 日: A・K

サービス利用判定会議

区分: 入所 短期入所 通所

開催日	H.22 年 1 月 22 日	暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)								
出席者	<p>入所開始から最初のケアカンファレンスまでの間、この暫定ケアプランに基づきサービスを提供する</p> <p>職種、氏名を記入</p>	<p>いわゆる三大介護は行われて当然なので、今ある情報に基づいて個別性を重視した、ケアについて簡略に記載する。尚、リスクマネジメントを重視することが初期段階では特に求められる</p> <p>入所開始後、すぐに実施する加算についての有無を記載する</p>								
判定結果	<p>結果を選択 空欄は会議録として使うことが有用</p> <p>・利用は適当 ・利用は不適当 ・保留または延期</p>									
判定理由	<p>具体的に記載する。特に「適当」以外の場合、施設としての説明責任という認識をもって、具体的に記載する</p>	<p>加算の算定</p> <table border="1"> <tr> <td>・短期集中リハビリ実施加算</td> <td>有り・無し</td> </tr> <tr> <td>・認知症短期集中リハビリ実施加算</td> <td>有り・無し</td> </tr> <tr> <td>・個別リハビリ加算</td> <td>有り・無し</td> </tr> <tr> <td>・退所前後訪問指導加算(入所後早期の訪問指導)</td> <td>有り・無し</td> </tr> </table>	・短期集中リハビリ実施加算	有り・無し	・認知症短期集中リハビリ実施加算	有り・無し	・個別リハビリ加算	有り・無し	・退所前後訪問指導加算(入所後早期の訪問指導)	有り・無し
・短期集中リハビリ実施加算	有り・無し									
・認知症短期集中リハビリ実施加算	有り・無し									
・個別リハビリ加算	有り・無し									
・退所前後訪問指導加算(入所後早期の訪問指導)	有り・無し									

この暫定ケアプランについての同意を得る。

本暫定ケアプランについて、その内容の説明を受け、同意致します。

平成 年 月 日

利用者氏名:

ご家族氏名:

説明者

このようにA-2：インテーク（適性アセスメント）シートを作成しますが、ここで意識していただきたいことは、この時点から老健の特色である「多職種協働」がスタートすることです。その意味でも、A-2：インテーク（適性アセスメント）シート作成段階の意義と機能を十分に理解することが「より良い老健」につながります。

●留意していただきたいこと

【緊急性のある場合】

ほとんど全ての施設で経験されていることですが、緊急入所や緊急短期入所を要することがあります。そのようなときに悠長に構えては老健の役割を果たせませんし、何よりも対人援助になりません。緊急の場合は「今ある情報」だけで十分です。

生命に関わるような場合は救急への連絡や搬送になりますが、生活モデルで対応できる場合ならば、「今ある情報を、今いるメンバーで整理・査定し管理者の承認を得る」ことを最優先に考えることが重要です。正式資料の作成が後日になってしまったとしても構わないでしょう。

【利用目的の多様性の理解】

老健は地域における在宅支援の拠点です。それが意味することは、入所するすべての方々が在宅復帰しなければならないということではありません。在宅支援の資源に恵まれない地域や立地にあることもあれば家族支援の側面もありますし、ターミナルケアの場合もあるでしょう。さらには、需要に対して介護老人福祉施設のベッド数の絶対的な不足という社会的事情もあります。

それらのことを踏まえて、「何が何でも在宅復帰」という偏りすぎた解釈で「排除の論理」に陥らないように気をつけたいものです。

【サービス利用判定会議（兼暫定ケアカンファレンス）の重み】

サービス利用判定会議はインテーク過程の仕上げの段階であり、老健の入所に関する最高の意思決定会議でもあります。A-1で示すところの初期段階のニーズ・アセスメントで、申し込み側が老健のことを誤認して先方から利用すべき社会資源を変更したいという申し出でもないかぎり、インテークの段階で担当者が独断で「お断り」などをするようなことがあってはなりません。

利用申し込みがあった場合は、原則として全てのケースをサービス利用判定会議にかけるということを再確認しておきます。たとえ満床であったとしても、そのことを告げたいという速やかに会議に向けての手続きを進めることが求められます。

またR4システムでは、サービス利用判定会議を入所と判定された利用者の入所から最初のケアカンファレンスが行われるまでの間のサービス内容を検討する役割を持たせています。

入所開始直後にすぐに必要なサービス（加算等）ができるよう、サービス利用判定会議後、A-2：インテーク（適性アセスメント）シートの裏面に暫定ケアプランを記載し、ケアプラン原案に同意が得られるまでの間、この暫定ケアプランでサービスを提供します。入所する利用者にとっては、サービス利用判定会議がまさに暫定ケアカンファレンス（プチ・ケアカンファレンス）ということになります。

4. A-3 : 生活機能 (ICF) アセスメント

別添2 : 「 ICF レベルアセスメント (Level assessment based on the ICF : LABICF) (仮称) マニュアル」 をご参照下さい。

【 A-3 : 生活機能 (ICF) アセスメント・シート】

「 ICF レベルアセスメント (Level assessment based on the ICF : LABICF) (仮称) マニュアル」 を用いて、入所者の状態像等を評価し、下記の図のように「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」に評価したレベル等を記載します。これが A-3 : 生活機能 (ICF) アセスメント・シートになります。

新全老健版ケアマネジメント方式 ~R4システム~									
介護老人保健施設ケアプラン (リハビリテーション・ケア・栄養・口腔) 総合計画書									
利用者氏名	氏名	性別	年齢	住所	転居履歴	転居理由	転居時期	転居回数	転居先
明	この太枠内がA-3:生活機能(ICF)アセスメント・シートになります。				ICF レベルアセスメントのスケールをもとに各項目を評価し、レベルの数字を記入します。		現在の状態の中で、本人が普段から行なっている動作を具体的に記載します。できるかどうかではなく、実行状況を記載します。器具の使用状況・実際の動作・リスクも含めた現在の状況アセスメントです。		行なっている動作が、日常的にできる動作に向上させるための提案やアプローチは、専門職アセスメントを経て、長期目標や短期目標に提案されます。
	医療のアセスメント:診断名等を記入				特記事項には、用いている装具も記入		特記事項には、主食や副食の形態を記入		特記事項には、普段排泄に用いている器具等を記入
ソフト化された際には、ここに評価したレベルの絵が表示され、状態像をわかりやく絵で表現します。				特記事項は主に入浴方法の注意事項を記入		もうしわけございません。今しばらくお待ち下さい			
合計数 行動障害日数 合計数									
介護									
口腔・栄養及び栄養ケア マネジメントの要点									
支援相談員・主治医									
< 入所目的 >									
管理者 Dr 看護 介護 リハビリ 栄養 ケアマネ 支援相談									

5. A-4：専門職（チーム）アセスメント

インテーク並びに適性アセスメントで本人の心身の状況は明らかとなりました。その後、ご本人と関わる多くの専門職がそれぞれの立場で詳細なアセスメントを実施して、ケアプランに盛り込まれていくこととなります。（各専門職による詳細アセスメントは職域サイドに任せます）

老健における施設サービス計画書は、①入所時の暫定ケアプラン。②入所から2週間以内に本計画書。③概ね3カ月毎又は心身状況の変化などが生じた場合やリハビリテーションに変更が生じた場合等となります。多くの専門職が利用者のアセスメントをする場合、それぞれが自らの専門性を発揮してアセスメントを行なっています。情報は収集しただけでは、利用者支援とはなりません。データを分析し、今の状況がどのような背景から発生しているかを専門の目で、あれこれ意見を出し合い多職種協働でケアプランが導き出されるプロセスが大切です。

専門職によるチームアセスメントでは、各専門職の視点で利用者の心身や環境に、(図1)

- ① 何が起きているのかを把握する。（単に病気や後遺症があるということではない。それらが実生活にどのような影響をもたらしているかの関係性を明確にすること）
- ② 問題の要因や原因となる状況及びニーズを把握する。（問題に対する要因原因は一つではない。相互に関係しあっているし、時には明らかになっていない場合もある）
- ③ 援助の方向性や現状を改善するための提案や具体的目標を把握する。（心身機能の維持向上のために、関わっている専門職が、何ができるか。どの部分を共通認識としてアプローチするか。どの支援が優先されるべきか）
- ④ 近い将来達成可能な自立支援の可能性を探る。（重要なのは専門職が認め本人も合意している達成可能な目標設定）

という4点にまとめられます。

具体的な例として「ふらふらと歩いて転倒の危険がある」。そのような場合、基礎疾患の変化・新たな疾患の有無・内服薬の問題・下肢筋力低下・筋力低下の要因・転倒予防・生活上の工夫・本人の意向など多義に渡ります。表面上の生活課題だけにとわられず、①原因を分析する。②課題の関連性と中核を探る。③個別性・その人らしさ。④専門職の留意点が重要となります。それらをケアカンファレンス時に一枚のシートで示すことで、課題と要因の関係が明らかになってきます。（図2）

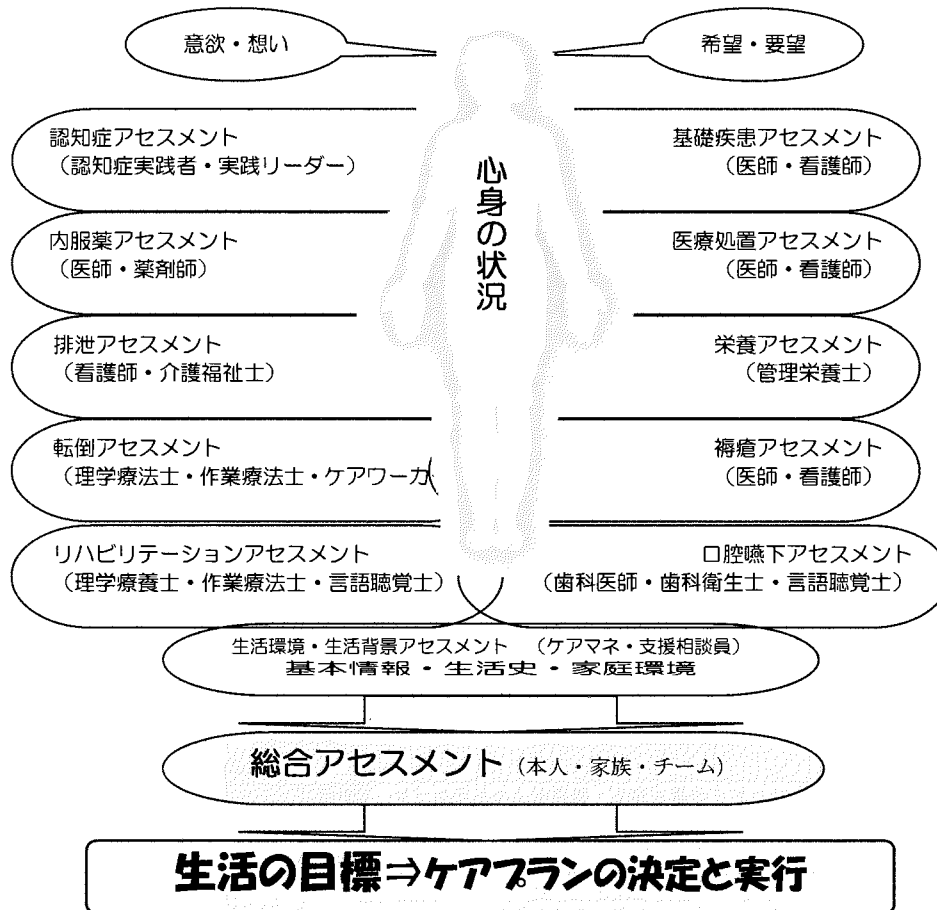
これらのステップから、多職種で生活機能の低下の背景・原因を分析。多職種で課題を明らかにして目標を設定。目標指向型の考えを強調した支援計画に改革されていくものと思われま

す。何よりも大切なことは、このプランを利用者が説明を受けて、ご本人の意欲ややる気につながる提案があることです。利用者本位というのは、専門職の視点と利用者ニーズが一致したところから始まります。そして、関わるすべての職種が共通の理解の上でスタートすることです。

施設ケアプラン・リハビリテーション実施計画・栄養プラン・口腔ケアプラン・認知症リハビリプランと多義にわっているものを全て一枚のシートに落とし込むことによって各領域の重点課題とそれについての生活の目標とセルフケアが盛り込まれます。ケア

の個別性を大切にするために、「その人らしく生活するためのポイント」が示されることで利用者のための計画書であることが伝えやすいものとなります。

(図 1)



(図2)

【A-4：専門職（チーム）アセスメント・シート】
【介護老人保健施設ケアプラン総合計画書】

新全者健版ケアマネジメント方式～R4システム～
介護老人保健施設ケアプラン（リハビリテーション・ケア・栄養・口腔）総合計画書

利用者氏名	〒 <input type="text"/> 県 <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 丁目 <input type="text"/> 番 <input type="text"/> 号 <input type="text"/>	生年月日	○年○月○日	性別	○	職歴	○	外出⇒屋内⇒車椅子⇒浴槽⇒起居⇒嚥床⇒寝姿の介助	生活不活発病(廣用症候群)	原因
								正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	<input type="checkbox"/> 軽度	
								見守り⇒家庭外⇒家庭内⇒日中⇒夜間⇒常時⇒要医療	<input type="checkbox"/> 中程度	
								正常 I Ia Ib IIa IIb IV M	<input type="checkbox"/> 重度	
	障害種別 経過、原因疾患、発症日時		主治医等 コントロール医等		最近の支持等					

この太枠内がA-4：専門職（チーム）アセスメント・シートになります。

現在の状況	この太枠内がA-4：専門職（チーム）アセスメント・シートになります。	専門職アセスメント及び実施計画内容等の要点
歩行	左欄「現在の状況評価」の全体像から判断した専門職チームのアセスメントを記載します。 例えば、拙まり歩行の能力はあるが、日常的に歩行していない背景や、ふらつき転倒の危険性がある場合の現状分析をします。 その中で、専門職のアプローチが重要な部分を課題として明記します。	ケアカンファレンスの開催 年 月 日 医師、薬剤師
食事	医療管理の重点や内服の増減。病状変化に伴うリスクや病状安定度を記載します。変化ない場合は「変化なし」	看護
認知機能	バイタルチェックの変化・褥瘡の有無や改善のための取り組み状況などの他に、病状変化への予防的視点も記入しましょう。	介護
コミュニケーション	リハビリの重点部分・維持向上のためのプログラムの内容、可能性への判断などリハビリの個別目標も明記しましょう。	合計数
精神活動	普段のできている部分や能力があってもしていない部分など、生活支援のための優先順位を考えて記載しましょう。	介護
行動計画書参照	栄養マネジメント・口腔機能の改善の必要性や低栄養を予防するための取り組みなども記入しましょう。	合計数
その他	ケアプランにリハビリ実施計画書や栄養ケアマネジメントの要点を記載し、ケアプランに利用者からの同意のサインを頂ければ、改めてリハビリ実施計画書等を利用者に説明して同意得る必要がない	特記事項
その他	もうしわけございません。今しばらくお待ち下さい	二階・栄養室・介護ケア・マネジメントの窓口
その他	在宅復帰への糸口や本人、家族の意向の変化。外泊や面会時の対応。住宅改修の要素など	支援相談員、主治医等

<入所目的>	管理者Dr	看護	介護	リハビリ	栄養	ケアマネ	支援相談
--------	-------	----	----	------	----	------	------

6. R-2 ケアプランの作成

R4システムのアセスメントからケアプランへ

通常プランには5W1Hというものがあります。これらは、What「何を」、When「いつ」、Who「誰が」、Where「どこで」、Why「なぜ」、そして、How「どのようにして」、の合計6つを定めることとなります。

今回、R4システムでは、施設利用者、特に入所および短期入所を中心にケアプランを考えることとなります。在宅の場合は、若干異なりますので、今回は省略します。

さて、ここで、Whereは施設で、Whyの「なぜ」というのは通常ケアプランには含まれておりませんので、残りの4つを考えます。これら4つの軸は、「何を」What、「いつ」Whenと「誰が」Who、「どのように」Howです。

「何を」What

「何を」提供するか、というのは、アセスメント領域から考えて行きましょう。今回作成したR4システムの9つのアセスメントに加えて、医学的な問題、社会的な問題などが、「何を」に該当します。あまりアセスメントの枠にこだわらず、アセスメント領域に、その他利用者にかかわる重大な問題を「ニーズ」記入します。これらが「何を」Whatに該当します。

「いつ」When

「いつ」には、簡単に二つに分かれます。「長期目標」と「短期目標」です。これらのニーズを満たすために、長期的に行うものか、短期集中的に行うものなのかを定めます。

「長期目標」：将来にわたって提供することで、高齢者の状態を維持するだけでなく、改善、悪化予防、在宅復帰など

「短期目標」：今すぐに提供することで、高齢者の状態を維持するための目標。

短期目標は、すぐにでも実施すべきサービスですので、優先順位を合わせて記入しましょう。

さらに、これらのサービスは下段の「週間サービス計画」に図示することで、「いつ」、「誰が」このサービスを行うかを明示しましょう。

「どのように」How

これが、実際のケアプラン内容です。それぞれのチームが、何を提供するかに基づいて、ケアの提供内容を書き込みます。

「誰が」Who

さらに、それぞれのサービスを誰が(Who)提供するかという軸があります。

これは、それぞれのサービスの「担当者」です。老健には、さまざまな職種が勤務しております。介護職員はもとより、看護師、医療、リハビリ、栄養士などです。ケアの内容によっては、介護職員が行うものもあれば、看護師が中心に対応するものもあるで




しょう。そして、そこには明確な職種の区分はなく、多少の役割分担があるけれど、チームアプローチを行っている場合もあるでしょう。各施設の状況に応じて、責任の所在を明確にした上で、「担当者」を記入してください。

アセスメントから「何を」を考える

例えば、利用者の基本動作がレベル3と判定されたとします。先程の4つの軸すなわち「何を」What、「いつ」Whenと「誰が」Who、「どのように」Howを順に考えて行きましょう。

このアセスメント手法の特徴は、より難しい動作が、上位にあるということです。つまり、ケアプランの内容を考える上で、基本動作であれば、たとえば「安定した座位」を中心に、目指すものがその上のレベルの獲得であれば、「移乗」を行うことを目標にすればいいことになります。ただし、すべての高齢者が、「向上」できるわけではありません。利用者の現状およびこれまでの状態の変化などから、当該高齢者が、機能レベルの「向上」が可能なのか、あるいは、機能レベルの「維持」がのぞましいのか、あるいは、「悪化予防」が目的なのか、を整理することで、ケアプランを作ることができるようになっていきます。

さて、実際の例を用いて、考えてみましょう。

座位での 乗り移り	車椅子などからベッドへ移動する時のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の座面へと移動すること	行なっている	↑ d4200	
		行なっていない	↓	
		3	座位での乗り移りは行っていないが、座位(端座位)の保持は行っている	
座位 (端座位) の保持	ベッド等に、背もたれもなく“つかまらない”で、安定して座っていること(端座位)	行なっている	↑ d4155a	
		行なっていない	↓	

老健の場合、ケアプランは利用者の状態を維持、あるいは改善するためにあります。そのためのケアプラン内容は、

「何を」whatは「基本動作の維持向上」

そして、時間軸を考慮して、もし、現状の維持が望ましければ

- ・ 短期目標は「安定した座位の確保」
- ・ 長期目標も「安定した座位の維持」

です。

そして、利用者の改善が見込まれるのであれば、

- ・ 短期目標は、現状の維持であり、それは安定した座位の確保です。
- ・ 長期目標は、例えば「安全な移乗」となります。

そして、厚生労働省の2表では、次が「どのように」Howとなっています。

日常の「安定した座位の確保」の場合は、担当者が「介護チーム」の場合、1日何回程度、座位をとってもらうか、あるいは、それに必要な器具等について記入します。そして、もしここで、リハ室で、座位保持を行う場合、リハビリテーションと記入すれば、担当者は「リハチーム」あるいは「リハ職」となります。

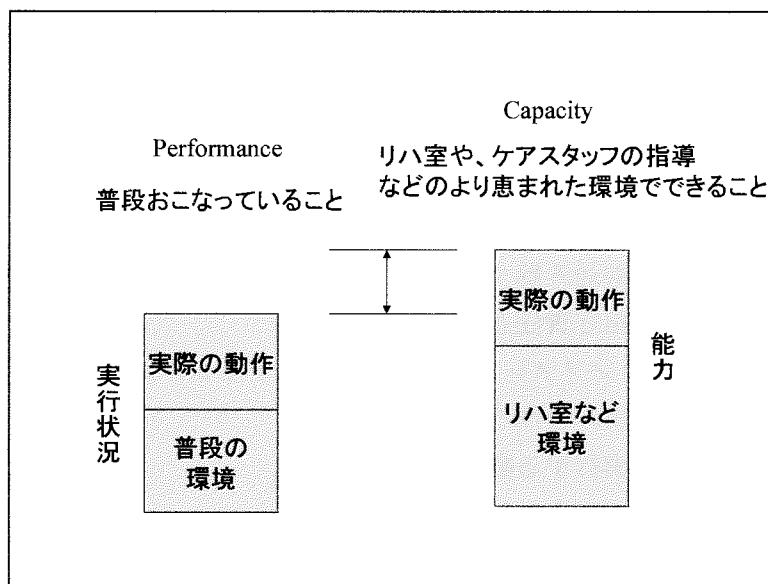
以上述べたように、このアセスメントでは、それぞれのアセスメント領域の内容に基づいて、より利用者の良い状態を目指すこと、すなわち、より上のレベルを目指すことにより、機能の維持および改善に結び付けていくことができると考えています。この考え方によりケアプランの書式によらず簡単にケアプランが作成できます。また、チームという考え方により、多職種協働という老健の特徴である、チームアプローチによるケアの提供ができるのも、このケアプランの特徴です。

ICF の概念に基づくケアプラン

次に、今回のアセスメントではICFコードを用いています。ですから、ICFの概念に基づいたケアプランの作り方のヒントを述べます。

ICFコードの評価手法には普段「行っていること」を評価する評価指標 Qualifier である Performance Qualifier と、出来ることを評価する指標である、Capacity Qualifier の二つがあります。「行っていること」と「できること」の違いは、「普段行っていること」か、特殊な環境、例えば「リハ室や、ケアスタッフの指導などのより恵まれた環境」でのみできるかの2つがあります。この関係を図3に示すと、行っていることと、出来ることには、以下のような関係があります。

図3



今回作成したアセスメントは、「普段おこなっているかどうか」をもとに判断しています。ただ、リハ室などで行える場合は、例えば環境調整や、さらなるリハビリテーションにより、利用者のレベルを上げることができると想定されます。このように Performance と Capacity の差に基づくと、より詳細かつ、実現可能性が高いプランとなると考えられます。

※暫定ケアプランとケアプラン原案

このR4システムの議論の過程で、「ケアプラン原案」とは、いつの時点のプランを指すのか、それぞれ認識が違うことがわかった。そこで、このR4システムでは、「暫定ケアプラン」と「ケアプラン原案」を使い分けて下記のように使用することとした。

- 「暫定ケアプラン」 … サービス利用判定会議後、最初のケアカンファレンスが行われるまでの間のサービス提供内容のこと。A-2：インターク（適性アセスメント）シートの裏面下に記載。
- 「ケアプラン原案」 … 入所後、最初のケアカンファレンスで出され、利用者・家族に説明・同意を得るまでのケアプラン案のこと。介護老人保健施設ケアプラン総合計画書の右半分に記載。

ケアカンファレンス実施のコツ

1) ケアカンファレンスを確実に行うには

ケアカンファレンスを確実に開催するためには、「ケアカンファレンス開催の日時を正確に決める」必要がある。また、「緊急事態でもない限り決められた日程で行う」ことが大切である。もし、やむを得ない理由で延期する場合は「その場で次の開催日時を決めて延期する」ようにしなければならない。

2) なぜケアカンファレンスを行うのか

- 1つ目は各専門職がプロとしての意見を闘わせケアプランを練り上げるため。
- 2つ目はケアプランを関係者が共通理解するため。
- 3つ目はケアを実行する役割分担と責任を明確にするため。
- 4つ目は、(2回目以降のケアカンファレンスの場合) モニタリング結果を検討することで、確実にケアが実行される仕組みを作るため。
- 5つ目は出席者がケアを確実に実行する動機付とするため。

3) ケアカンファレンスの出席者

ケアマネジャーが旗振り役となって医師・看護職・介護職・リハビリテーション職種・支援相談員・(管理) 栄養士・薬剤師その他が出席する。人数が少ない職種は大変であるが、ケアカンファレンスは多職種協働の源である。

また、利用者・家族も重要なメンバーであるが、施設のケアプランは利用者・家族の前では話しづらいことも多く、スタッフ同士の意見がぶつかることもあるので、敢えて、利用者や家族に出席してもらう必要がある場合以外には出席を求めない。ただし、完成したケアプランの同意を得ることは怠ってはならない。

4) スタッフをケアカンファレンスに上手に出席させるには

出席予定者全員の都合が合わない場合は代理を立てる、優先して出席して欲しいスタッフの都合を優先するなどの工夫が必要である。さらに、出席を求められた場合はやむを得ぬ事情がない限り出席をしなくてはならないことなどを責任者が明確に打ち出すこ

とも必要である。

なお、ケアカンファレンスにかかる時間はなるべく短くすることを基本にする。問題がなければ10分以下でも構わない。

5) ケアカンファレンスの流れ

初回ケースの場合は、インテークからアセスメントまでの概要とニーズを簡潔に確認する。

2回目以降の場合はケアがプラン通りに実行されているかと、予想された効果があらわれているか、新たなニーズが生じている場合はその報告を行う。

その後、ケアプラン原案（修正案）を提示し、各スタッフは自らの専門性に立った検討を行い、必要に応じ修正を行う。

さらに、ケアの実行方法とその確認方法、モニタリングの期間（言い換えれば、長期・短期目標とサービス内容の期間）も決定する。

6) ケアカンファレンスの進め方のポイント

ケアマネジャーは、出席者全員が自由に意見を言える雰囲気作りを心がける。そして、出席者が述べた意見を調整したり集約したりする。出席者間で意見が大きく異なる場合は、利用者にとって何が一番肝心か判断し、出席者を説得する必要もある。

7) 終わりに

ケアカンファレンスはケアマネジャーのトップダウン方式では動かない。結果的にケアマネジャーが孤立してしまい、ケアプランは実行されない。

ケアカンファレンスで、真剣に論じ合うことで、ケアマネジャーの孤立を防ぎ、多職種協働が実現できる。

7. R-3 ケアプランの実施と確認

どんなに立派なケアプランができて、それだけでは本来のケアマネジメントの機能が果たせたとは言えません。ケアマネジメントの本来の道筋は、①アセスメント、②ケアプランの立案、③ケアプランの周知、④プランに基づく実践評価、⑤利用者の目標達成評価⑥モニタリングのプロセスを確実にたどることが必要なのです。しかしながらケアプランの周知及びケアプランに基づく実践と評価について課題を認識されている施設は少なくないのが実情です。R4システムは、ケアプランの周知と実践評価を重要視しています。

ケアプラン立案までのプロセスは施設ごとにさまざまです。ケアプラン担当者を決め、その担当者が利用者数人のケアプランを策定し計画作成介護支援専門員が補完する体制の施設、担当者がアセスメントした内容を用いて計画作成介護支援専門員がケアプランを策定する体制の施設、アセスメントからモニタリングまで全てを計画作成介護支援専門員が担う施設など等々です。また、立案されたケアプランの周知やケアプランに基づくサービス提供を確認する手法についても、ユニットケア・従来型ケア・機能別ケア・グループケアなど、施設のケア提供体制の特徴を生かした工夫が行われています。そのような中で、プランの内容が多種多様であるため全員のプランの把握がしきれない、実行漏れや対応の統一が充分でないことを課題認識している施設は少なくありません。そこで本稿では、施設の取り組みの参考にしていただくことをねらいとして、ケアプランの周知と実践評価について幾つかの事例を紹介しながら説明をします。

【工夫事例ー1】

1) カードックスを用いたケアプランの周知

見開きのA3版型カードックスを使用し、申し送りごとに見る機会を作ります。看護・介護記録、温度版、アセスメント票、ケアプランを一覧にすることが可能となり(図4)、看護・介護記録を記入する際に自分のケア実践とケアプランを結びつけて考えることを容易にするメリットがあります。

(図4) カードックスを用いたケアプランの周知

ケアプラン総合計画書	
フローシート (温度版)	看護・介護記録

2) 温度版を活用した実践評価

短期目標(ケア項目)を温度版に記入し、実践の有無を「○」・「×」で記入する方法です。この方法のメリットは、①ケアプランに基づく実践の有無を毎日チェックすることが出来る、②「○」「×」の記載内容から実施の困難性を早期に見極めることができることです。一方表記スペースに限りがあり、短期目標をそのまま表記することはできないため、ケア項目として大枠で表記すると「○」「×」の判断が職員により差異が生じることが危惧されます。サービス内容の表記を工夫すること、看護・介護記録と連動させることが必要となります。

(図5) 温度版

年	月	火	水	木	金	土	日
2017	10						
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							
31							

療法	10/1	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7
臨時処方							
#1①食事時の環境調整	○	○	○	○	○	○	○
②補食対応	○	○	○	○	○	○	○
#2①尿意サインのキャッチ	○	○	○	○	○	○	○
②トイレの場所を伝える	○	○	○	○	○	○	○
#3①抗精神薬の調整	X	X	X	X	X	X	X
②起床援助	X	X	X	X	X	X	X
③覚醒状態を把握	○	○	○	○	○	○	○
④興味のある事を探る	X	X	X	X	X	X	X


#1食事時の環境調整	○
②補食対応	○
#2尿意サインのキャッチ	○
②トイレの場所を伝える	○
#3抗精神薬の調整	X
②起床援助	X
③覚醒状態を把握	○
④興味のある事を探る	X

3) 「D o - Check カード」を活用したケアプランの周知と実践評価

「D o - Check カード」は、短期目標とサービス内容のキーワードを記入した携帯用のカードです。各勤務帯の担当者が申し送り時に「D o - Check カード」を直接手渡すことで、次の担当者ケアプランを意識したサービス提供を委ねていく方法です。つまりカードを使用したケアのバトンタッチです。

担当者は受け取ったカードから勤務時間内に提供すべきケア内容を確認します。そして優先順位を考えながら計画を立て実践します。本カードは各担当者が携帯しているためケア内容を随時確認できること、担当者自身がケア提供に漏れが無いかをチェックできること、提供時間に縛られず利用者の意思を反映したケア提供を可能にするメリットがあります。実践の有無は「○」・「×」を用いて温度版に記入します(図5:温度版を使用した「Do」のチェック)。さらにフォーカスされた事実を看護・介護記録に記録します(図6:D o - Check カード)。担当者の経験年数や力量を配慮して担当する利用者の人数を調整することも可能です。ケアに困ったときに学習するツールとしても効果が期待されます。

(図6) Do-checkカード

		
老健 花子 殿		入所日 H〇〇年 〇月 〇日
①安心感が得られ、落ち着いた気持ちで日常生活活動を維持できる		
居場所を確保する	介入の目的を伝達する	行動の繋がりを指示する
意思確認後のケア提供	生活場面で時間を知らせる	話し相手になる
趣味活動の提供	活動の様子を記録する	
②生活の中で運動量が確保され筋力を維持できる		
移動時の杖使用	ふらつき・つまずきの観察	杖忘れの際、杖使用促す
③関心を持って出来る活動を増やす		
食材切り・茶碗洗い	計算ドリル	化粧アドバイザー

【工夫事例—2】

1) 「個別ケア確認表」を活用したケアプランの周知と実践

施設サービスで計画されたケア内容を、サービス担当者ごとに時間軸に落としこむ方法です。日々変化している日常生活の支援をしていく中で修正や変更が繰り返されるサービス内容を計画通りに漏れなく実践することを可能にします。

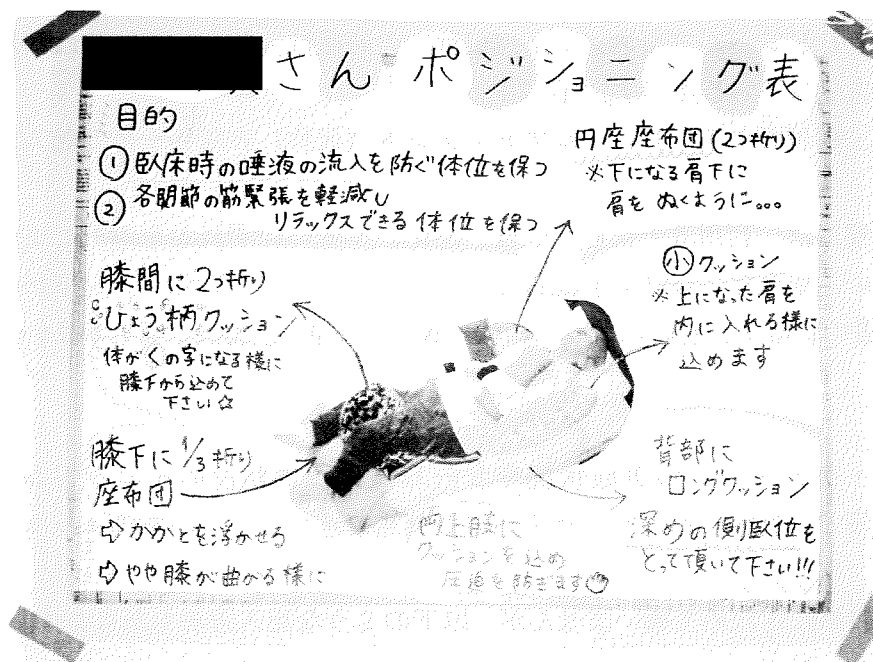
個別確認表

利用者名	看護	介護	8:00	9:00	10:00	11:00
Aさん	F	G	食事の声掛け	歯磨き介助	トイレに誘う	
Bさん			小皿1品の自己摂取を勧める	居室での歯磨き		
Cさん		H	食事見守り			
Dさん					お茶を勧める	
Eさん			ミルタックス交換			トイレの声掛け

③生活リハビリチェック表

生活リハビリの内容を示すチェック表はベッドサイドやケアを提供する場所に貼付します。職員は訪室するたびにチェック表からケア内容を確認しながら統一したケアを実行に移すことができ、毎日継続して行う事で利用者の意識付けを可能にする効果があります。

生活リハビリチェック表



8. R-4 変化のチェックとモニタリング

1) 二つのモニタリング

R4システムにおいて、モニタリングには、以下の二つが含まれています。

ひとつは、①利用者の状態のモニタリング

もうひとつは、②ケアプランの実施状況やサービス提供状況のモニタリングです。

2) モニタリング①：利用者の状態のモニタリング

R4システムのICFレベルアセスメント（仮称）の特徴は、レベルの改善は利用者の活動状況の改善を示している点です。（図7）

まず、欄内には、利用者のICFレベルアセスメント（仮称）の結果を再度記入します。

その下のハ→の欄には、利用者の状態が改善、悪化、不変のいずれかを選択します。レベルが改善している場合は、ほぼ必ず改善ですが、ICFレベルアセスメントが不変であっても、利用者の状態が直感的に改善している場合は改善を選択してもかまいません。

3) モニタリング②：ケアプランの実施状況やサービスの提供状況のモニタリング

ケアプランを立案し、実際にそのサービス内容が実施できたかどうかをチェックします。

記入方法は、施設毎にさだめて構いませんが、以下のような記入方法もあります。（図8）

充分実施できた	5
まあまあ実施できた	4
ある程度実施できた	3
ほとんど実施できなかった	2
まったく実施できなかった	1

このように点数化すると、後に客観的に判断できるかと思います。

4) モニタリングの期間について

モニタリング①およびモニタリング②の期間（間隔）ですが、おおよそ3ヶ月毎に行うのがよいでしょう。

(図7)

【介護老人保健施設ケアプラン総合計画書】

モニタリング①：利用者の状態のモニタリング

新全者健版ケアマネジメント方式～R4システム～
 介護老人保健施設ケアプラン（リハビリテーション・ケア・栄養・口腔）総合計画書

利用者氏名	氏名	要介護・要支援	療養老人 自立 認知症	外出⇒屋内⇒車椅子⇒浴床⇒起居⇒嚥下⇒嚥下⇒嚥下 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 見守り⇒家庭外⇒家庭内⇒日中⇒夜間⇒車椅子⇒要介護	生活不活発病(廣用症候群) 原因: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重症
明治・大正	この太枠内がR-4:変化のチェックとモニタリング・シートになります。		Ia Ib IIa IIb IV M コントロール表 (要・継続病等)		最近の支援等
現在の状況評価				専門職アセスメント 及び実施計画内容等の要点	
レベル	項目	区分	特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)	モニタ リング①	ケアカンファレンスの開催 年 月 日() 医師・薬剤
1	歩行			ス、↓、→	
2	歩行			ス、↓、→	
3	歩行			ス、↓、→	看護
4	歩行			ス、↓、→	
5	歩行			ス、↓、→	リハビリ及びリハビリ実施計画書の要点
6	歩行			ス、↓、→	
7	歩行			ス、↓、→	介護
8	歩行			ス、↓、→	
9	歩行			ス、↓、→	口腔・栄養及び栄養ケア・マネジメントの要点
10	歩行			ス、↓、→	
11	歩行			ス、↓、→	支援相談員・生活環境
12	歩行			ス、↓、→	
13	歩行			ス、↓、→	
14	歩行			ス、↓、→	
15	歩行			ス、↓、→	
16	歩行			ス、↓、→	
17	歩行			ス、↓、→	
18	歩行			ス、↓、→	
19	歩行			ス、↓、→	
20	歩行			ス、↓、→	
21	歩行			ス、↓、→	
22	歩行			ス、↓、→	
23	歩行			ス、↓、→	
24	歩行			ス、↓、→	
25	歩行			ス、↓、→	
26	歩行			ス、↓、→	
27	歩行			ス、↓、→	
28	歩行			ス、↓、→	
29	歩行			ス、↓、→	
30	歩行			ス、↓、→	
31	歩行			ス、↓、→	
32	歩行			ス、↓、→	
33	歩行			ス、↓、→	
34	歩行			ス、↓、→	
35	歩行			ス、↓、→	
36	歩行			ス、↓、→	
37	歩行			ス、↓、→	
38	歩行			ス、↓、→	
39	歩行			ス、↓、→	
40	歩行			ス、↓、→	
41	歩行			ス、↓、→	
42	歩行			ス、↓、→	
43	歩行			ス、↓、→	
44	歩行			ス、↓、→	
45	歩行			ス、↓、→	
46	歩行			ス、↓、→	
47	歩行			ス、↓、→	
48	歩行			ス、↓、→	
49	歩行			ス、↓、→	
50	歩行			ス、↓、→	
51	歩行			ス、↓、→	
52	歩行			ス、↓、→	
53	歩行			ス、↓、→	
54	歩行			ス、↓、→	
55	歩行			ス、↓、→	
56	歩行			ス、↓、→	
57	歩行			ス、↓、→	
58	歩行			ス、↓、→	
59	歩行			ス、↓、→	
60	歩行			ス、↓、→	
61	歩行			ス、↓、→	
62	歩行			ス、↓、→	
63	歩行			ス、↓、→	
64	歩行			ス、↓、→	
65	歩行			ス、↓、→	
66	歩行			ス、↓、→	
67	歩行			ス、↓、→	
68	歩行			ス、↓、→	
69	歩行			ス、↓、→	
70	歩行			ス、↓、→	
71	歩行			ス、↓、→	
72	歩行			ス、↓、→	
73	歩行			ス、↓、→	
74	歩行			ス、↓、→	
75	歩行			ス、↓、→	
76	歩行			ス、↓、→	
77	歩行			ス、↓、→	
78	歩行			ス、↓、→	
79	歩行			ス、↓、→	
80	歩行			ス、↓、→	
81	歩行			ス、↓、→	
82	歩行			ス、↓、→	
83	歩行			ス、↓、→	
84	歩行			ス、↓、→	
85	歩行			ス、↓、→	
86	歩行			ス、↓、→	
87	歩行			ス、↓、→	
88	歩行			ス、↓、→	
89	歩行			ス、↓、→	
90	歩行			ス、↓、→	
91	歩行			ス、↓、→	
92	歩行			ス、↓、→	
93	歩行			ス、↓、→	
94	歩行			ス、↓、→	
95	歩行			ス、↓、→	
96	歩行			ス、↓、→	
97	歩行			ス、↓、→	
98	歩行			ス、↓、→	
99	歩行			ス、↓、→	
100	歩行			ス、↓、→	
101	歩行			ス、↓、→	
102	歩行			ス、↓、→	
103	歩行			ス、↓、→	
104	歩行			ス、↓、→	
105	歩行			ス、↓、→	
106	歩行			ス、↓、→	
107	歩行			ス、↓、→	
108	歩行			ス、↓、→	
109	歩行			ス、↓、→	
110	歩行			ス、↓、→	
111	歩行			ス、↓、→	
112	歩行			ス、↓、→	
113	歩行			ス、↓、→	
114	歩行			ス、↓、→	
115	歩行			ス、↓、→	
116	歩行			ス、↓、→	
117	歩行			ス、↓、→	
118	歩行			ス、↓、→	
119	歩行			ス、↓、→	
120	歩行			ス、↓、→	
121	歩行			ス、↓、→	
122	歩行			ス、↓、→	
123	歩行			ス、↓、→	
124	歩行			ス、↓、→	
125	歩行			ス、↓、→	
126	歩行			ス、↓、→	
127	歩行			ス、↓、→	
128	歩行			ス、↓、→	
129	歩行			ス、↓、→	
130	歩行			ス、↓、→	
131	歩行			ス、↓、→	
132	歩行			ス、↓、→	
133	歩行			ス、↓、→	
134	歩行			ス、↓、→	
135	歩行			ス、↓、→	
136	歩行			ス、↓、→	
137	歩行			ス、↓、→	
138	歩行			ス、↓、→	
139	歩行			ス、↓、→	
140	歩行			ス、↓、→	
141	歩行			ス、↓、→	
142	歩行			ス、↓、→	
143	歩行			ス、↓、→	
144	歩行			ス、↓、→	
145	歩行			ス、↓、→	
146	歩行			ス、↓、→	
147	歩行			ス、↓、→	
148	歩行			ス、↓、→	
149	歩行			ス、↓、→	
150	歩行			ス、↓、→	
151	歩行			ス、↓、→	
152	歩行			ス、↓、→	
153	歩行			ス、↓、→	
154	歩行			ス、↓、→	
155	歩行			ス、↓、→	
156	歩行			ス、↓、→	
157	歩行			ス、↓、→	
158	歩行			ス、↓、→	
159	歩行			ス、↓、→	
160	歩行			ス、↓、→	
161	歩行			ス、↓、→	
162	歩行			ス、↓、→	
163	歩行			ス、↓、→	
164	歩行			ス、↓、→	
165	歩行			ス、↓、→	
166	歩行			ス、↓、→	
167	歩行			ス、↓、→	
168	歩行			ス、↓、→	
169	歩行			ス、↓、→	
170	歩行			ス、↓、→	
171	歩行			ス、↓、→	
172	歩行			ス、↓、→	
173	歩行			ス、↓、→	
174	歩行			ス、↓、→	
175	歩行			ス、↓、→	
176	歩行			ス、↓、→	
177	歩行			ス、↓、→	
178	歩行			ス、↓、→	
179	歩行			ス、↓、→	
180	歩行			ス、↓、→	
181	歩行			ス、↓、→	
182	歩行			ス、↓、→	
183	歩行			ス、↓、→	
184	歩行			ス、↓、→	
185	歩行			ス、↓、→	
186	歩行			ス、↓、→	
187	歩行			ス、↓、→	
188	歩行			ス、↓、→	
189	歩行			ス、↓、→	
190	歩行			ス、↓、→	
191	歩行			ス、↓、→	
192	歩行			ス、↓、→	
193	歩行			ス、↓、→	
194	歩行			ス、↓、→	
195	歩行			ス、↓、→	
196	歩行			ス、↓、→	
197	歩行			ス、↓、→	
198	歩行			ス、↓、→	
199	歩行			ス、↓、→	
200	歩行			ス、↓、→	

ICFレベルアセスメントのスケールをもとに各項目を再評価し、レベルの数字を記入します。

モニタリング①は、状態の変化(前回のレベルからの変化)を記載するものです。向上、低下、維持→を判断し、その要因の判断は専門職アセスメントにて明らかにします。

もうしわけございません。今しばらくお待ち下さい

<入所目的>

管理者Dr	看護	介護	リハビリ	栄養	ケアマネ	支援相談

(図8)

【介護老人保健施設ケアプラン総合計画書】

モニタリング②：ケアプランの実施状況やサービスの提供状況のモニタリング

【入所日】 ○年○月○日		この太枠内がR-4:変化のチェックとモニタリングシートになります。						
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容			モニタリング②	
	長期目標	短期目標 (優先順位)	期間	サービス内容	担当者	評価日		
体調が整い、熟眠ができ、自分の役割を發揮しつつ、自分のペースで生活したい	体調が整い、熟眠ができ、自分の役割を發揮しつつ、自分のペースで生活ができる	体調が整う①	1ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> 利尿剤の服用 インアウトチェック 週2回、入浴日の体重測定 歩行時のフツキ、息切れの把握と記録 運動量とげい鳴等の出現の関連性を把握し、記録に残す 飲水量、排尿量を他職種で共有し、治療方針を決定する 	Dr Ns CW		5 4 5 4 3	
		トイレで排泄する回数が増える③	3ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> 立ち上がる時はトイレの確認をする 「トイレ」という時は、トイレに誘導する 仕事(決算書)の前後にトイレの確認をする 排泄チェック表を用い、排泄リズムの把握をする 	CW		3 5 2 5	
		自分の好きな活動ができる②	3ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> 決算書を家族に持参していただく 仕事の時間を決める(決算書) 10時~11時 : 14時半~15時 疲労感を問う 疲労感のある時は休息を促す 仕事ぶりを称賛する 「財務相談会」の機会を作る 	CW OT		5 4 3 2 4	

		週間サービス計画表							主な日常生活上の活動
		日	月	火	水	木	金	土	
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	0:00								
	2:00								

モニタリング②は、ケアプラン及びサービス内容の実施(Do)状況の確認です。

例えば、
 「充分実施できた=5」、
 「まあまあ実施できた=4」、
 「ある程度実施できた=3」、
 「ほとんど実施できなかった=2」、
 「まったく実施できなかった=1」

平成 年 月 日	説明者	
本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました 利用者氏名: _____ ご家族氏名: _____		

別添2

新全老健版ケアマネジメント方式
～R4システム～

ICF レベルアセスメント

Level assessment based on the ICF : LABICF
マニュアル
(仮称)

社団法人全国老人保健施設協会

ICF レベルアセスメント(仮称)について

R4 システムの目玉のひとつは、「利用者の状態像の微妙な変化のキャッチ」である。利用者の機能評価には様々な指標があるが、あまりに複雑なものばかりでは実際の現場では使用ができない。今回、社団法人全日本保健施設協会（以下、全老健）では「利用者の個別特性と時系列的状態像の指標（機能評価とコーディング）に関する研究事業」が実を結び、簡潔かつ明瞭な利用者の状態像をチェックできる指標が完成した。これによって、実際に提供されたケアの効果がどうだったのか、また作成されたケアプランの善し悪しが評価できることになる。つまり、モニタリングの最適な指標となるものを導入することができたのである。

ここでは、この ICF レベルアセスメント(仮称)の評価方法を提示する。

【ICF レベルアセスメント(仮称)の概略】

R4 システムのアセスメント手法は、利用者の状態のうち、普段行っているもつとも難しい ICF レベル動作を選択する方法です。たとえば「歩行・移動」のスケールでは、より難易度の高いのは、交通機関での移動であり、ついで階段昇降、安定した歩行、そして施設内での安定した移動のうち、一番難易度が高いものを選ぶことになり、そのレベルを記入します。例えば、「歩行・移動」のスケールの場合、普段階段昇降をおこなっているけれども、公共交通機関を利用していない、という場合は、レベルが4 となります。この時の判断は、「普段から行っているかどうか？」であり、「出来るかどうか？」ではありません。WHO の ICF の場合、「おこなっているかどうか？」を実行状況 (Performance) と呼びます。一方「出来るかどうか」は能力 (Capacity) と呼びます。全老健のアセスメントは、行っているかどうか、すなわち実行状況に基づいています。

なお、以下の調査にあたって、調査の順番は特に定めません。利用者やそのご家族が、普段困っていることから、聞き取り、あるいは観察に基づいて状態の評価を行ってください。

注意事項 アセスメント状況の逆転現象について

全老健のアセスメント指標の難易度の順番は、統計学的に確率に基づいて定めたものです。確率によりましますから、必ずこの順番になっているとは限りません。一定の確率で、この順番にならない場合が必ずあります。この「歩行・移動」のスケールを例にとっても、例えば、歩行は出来るが、階段の昇り降りはできない、だけどバス（ステップ付き）の昇降はできるといった場合です。

このような時の評価の考え方は、普段から行っている一番高い指標をアセスメント結果とし、さらに、途中の状況を行っていないことを特記するが良いと考えています。

それでは、各項目に従って、レベルをご紹介します。

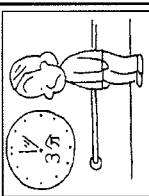
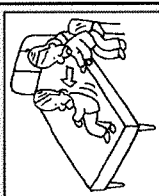
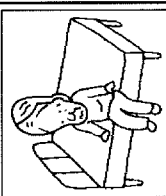
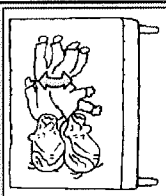
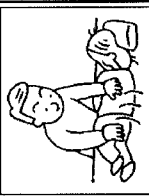
1. 医療のアセスメント

ケアプランにおける医療のアセスメントは、利用者の診断名を記入します。この際に、老健におけるケアの時間や、今後の状態に影響すると考えられる疾患を、特にここに記入します。たとえば糖尿病の場合、インスリンを使用していたり、悪性腫瘍などが該当します。認知症も同様ですが、もしわかる場合は認知症のタイプ（アルツハイマー等）も記入してください。

「状態判定」は基本的に上から下に難易度レベル(高→低)を設定しています。

移動・移乗・歩行関連項目について伺います。下表右側の「状態」で該当者(利用者)に最も近い状態を1つ選んで、該当する区分の番号を選んでください。

2. 基本動作のスケール

レベル	状態	状態のイメージ
5	両足での立位の保持を行なっている	
4	立位の保持は行なっていないが、座位での乗・移りは行なっている。	
3	座位での乗・移りは行っていないが、座位(端座位)の保持は行なっている	
2	座位(端座位)の保持は行なっていないが、寝返りは行なっている	
1	寝返りは行なっていない	

2. 基本動作のスケール

基本動作は、移動状況ではなく、同じ場所で行っている動作について評価するものです。歩行状態については、この指標では評価していません。

※ 視力障害者で、つきそいが必要な場合は、歩行状態や外出状況に基づいて、そのレベルの行為を行っているかどうかで判断してください。認知症の行動障害への見守りも、歩行機能に対する見守りでなければ、歩行動作のみを評価してください。

【レベル5の判断】:

一定の時間(3分間)程度つかまらずに立位を保っている場合は、レベル5と判断します。リハ室など、特殊な状況で、監視下にのみ行っている場合はレベル5と判断せず、レベル4としてください。

【レベル4の判断】:

レベル4は、立位の保持は行っていないけれど、椅子と車椅子の間や、椅子とベッドの間の移乗は、普段から行っている場合はレベル4です。それよりもやや難易度の高い立位からベッドの移乗をおこなっている場合は、立位保持の状態レベル5かどうか、で判断するようにしてください。

【レベル3の判断】:

座位での移乗をおこなっていないが、背もたれがない状態の座位保持を行っている場合はレベル3です。いわゆる端座位です。リハビリの時のみ、監視下で行える場合はレベル2と判断してください。

【レベル2の判断】:

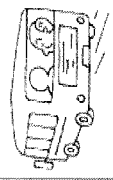
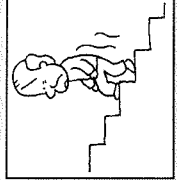
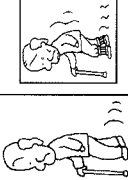
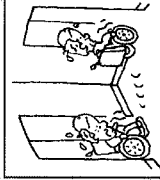
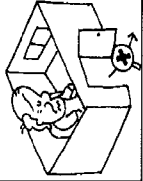
端座位も、座位での移乗も行えず、床上での寝返りをおこなっていない場合はレベル2となります。円背や亀背などで、寝返りが行えなくても、たとえば座位での移乗をおこなっている場合はレベル4となります。その他の状態と併せて判断してください。

【レベル1の判断】:

寝返りを普段から行っておらず、体位変換を他者に頼っている場合はレベル1です。

3. 歩行・移動のスケール

普段使用している、歩行や移動の補助具を知っておくと、以下の調査が容易になります。あらかじめ、器具から状態を想定しておきましょう。

外出状況	レベル	状態	状態のイメージ
公共交通機関（バス、JR・飛行機等）を利用して外出する（杖等の補助具の使用の有無は問わない）	5	公共交通機関等を利用した外出を行っている	
	4	公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らず昇り降りしている	
昇り降り	3	階段を5段以上「手すりに頼らず昇り降る」こと	
	2	安定した歩行をすること（杖と杖の双方を用いてもかまわない）	
安定した歩行	1	施設内で居室から別の部屋へと移動すること（車椅子など移動手段は問わない）	
	0	施設内での移動を行っていない	

※屋内平面での補装具等の利用状況をご確認ください。

T字杖の利用	0	なし	1	あり
装具（短下肢装具等）	0	なし	1	あり
歩行器（ウォーカー、シニアカー等）の利用	0	なし	1	あり
しがみつき歩行器の利用（サークル歩行）	0	なし	1	あり
車椅子の利用	0	なし	1	あり
リクライニング式車椅子の利用	0	なし	1	あり
介助者や付き添いの必要	0	なし	1	あり

3. 歩行・移動のスケール

普段おこなっているもつともレベルの高い活動を選択します。

※ 視力障害者で、つきそいが必要な場合は、歩行状態や外出状況に基づいて、そのレベルの行為を行っているかどうかで判断してください。認知症の行動障害への見守りも、歩行機能に対する見守りでなければ、歩行動作のみを評価してください。

【レベル5の判断】：

普段から公共交通機関に乗り、外出している場合です。例外的に、公共交通機関が近くにならないという事態が考えられます。そのような場合は、階段の昇り降りに加えて、買い物などを家用車等を用いておこなっているような場合にレベル5と判断してください。

【レベル4の判断】：

一人で公共交通機関による外出はできないけれど、屋内の階段であれば5段程度自分で昇り降りをする場合が該当します。リハビリなどで一時的に、階段昇降を監視下で行っているような場合は、これには該当しません。

【レベル3の判断】：

レベル3は、階段は登れないが、屋内平面は、杖や装具を使用してでも歩いている場合です。判断に困るのは、施設内の手すりです。ここでは、「施設内の手すりは用いずに」、歩いている場合とされています。

【レベル2の判定】：

安定した歩行はおこなっていないけれども、車椅子、歩行器、手すりなどのすべての補助手段を用いて、屋内平面の移動を行っている場合をレベル2と判断します。

【レベル1の判定】：

車椅子であっても、その他の移動手段を使っても、自分で普段から施設内の平面の移動を行っていない場合はレベル1と判断します。

4 認知機能項目の全般の注意事項は4-d 行動障害の後に記載

認知機能関連項目について伺います。下表右側の「状態」で該当者(利用者)にもっとも近い状態を1つ選んで、該当する区分の番号を選んでください。

4-a. 認知機能～オリエンテーション(見当識)のスケール

レベル	状態	状態のイメージ
5	年月日がわかる	年月日
わかる	↑ b114a	
わからぬ	↓	
4	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる	現在いる施設の名称
わかる	↑ b114b	
わからぬ	↓	
3	場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる	
わかる	↑ b114c	
わからぬ	↓	
2	その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前がわかる	自分の名前
わかる	↑ b114d	
わからぬ	↓	
1	自分の名前がわからない	自分の名前

※該当者(利用者)の「見当識」で上記以外に特記すべき事項をご確認ください。

4-a. 認知機能～オリエンテーション(見当識)のスケール

この調査方法は、利用者が、どの程度の見当識を保っているか、より上のレベルから確認してください。

この調査では、より高いレベルの設問と、下位の設問は回答できても、真ん中が解答できない場合があります。その場合は、より上位のレベルとして判断してください。その上で、特記事項に、その状況を記入するのが望ましいです。

【レベル5の判断】:

年月日が+/ー1日の誤差でわかっているかどうか、確認してください。日によって、わかったりわからなかったりする場合は、わかると判断してかまいません。

【レベル4の判断】:

年月日がわからない場合、現在いる場所の種類がわかるかどうかで判断します。たとえば、自宅か、老人施設か、病院かの3つの選択肢を与えて、正確であればわかると判断してください。

【レベル3の判断】:

場所の種類がわからない場合、目の前でこの調査をおこなったり、世話をしている人が、家族か、施設の職員か、あるいは友人か、がわかるかどうかです。家族、施設職員、友人の3つの選択肢を与えて、正確であればわかると判断してください。

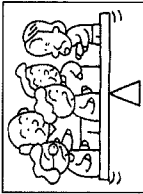
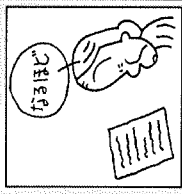
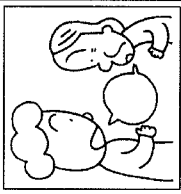
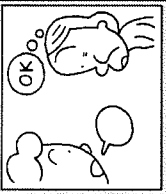
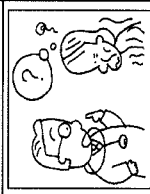
【レベル2の判断】:

目の前の人がだれかわからない場合、自分の名前がわかるかどうかを判断してください。

【レベル1の判断】:

自分の名前が言えない場合が該当します。

4-b 認知機能～コミュニケーションのスケール

レベル	状態	状態のイメージ
5	複雑な人間関係を保っている ↑ d720 保っている ↓ 保っていない ↓	
4	書き言葉のメッセージを読みとり、理解している。 ↑ b16702 理解している ↓ 理解していない ↓	
3	日常会話 1対1で、「違和感のない（適切でつじつまのあった）」対話や意見交換をすること （例）日常の当たり前の会話；及人関係、日常生活、季節等 ↑ d350 行なっている ↓ 行なっていない ↓	
2	話し言葉の理解 スタッフや家族の話し言葉（音声言語）を理解すること （例）例示の理解 ↑ d310 理解している ↓ 理解していない ↓	
1	話し言葉の理解はできない	

※該当者（利用者）の「コミュニケーション」で上記以外に特記すべき事項をご確認ください。

4-b 認知機能～コミュニケーションのスケール

＜コミュニケーションのスケールの注意点＞

- ・せん妄などにより、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間に基づいて判断し、特記事項に意識状態の変化がある旨を記入してください。
- ・聴覚障害や、運動失語症などで、言葉は理解するが、表現できない場合は、言葉以外の表出によって判断してもかまいません。
- ・感覚失語などで、言葉を理解していない場合は、レベル1と判断してください。
- ・視覚障害により、書き言葉が理解できない場合は、もし、複雑な人間関係の理解保持ができれば5レベルと判断してください。もし、複雑な人間関係の理解ができない場合は、日常会話の状態に基づいて判断してください。

【レベル5の判断】:

施設内で、他の利用者や、介護職員、医師などと、それぞれの役割を理解し、感情や衝動を抑え、トラブルを起さず生活できている場合をレベル5とします。

【レベル4の判断】:

新聞や本などはもちろん、壁に張り出してあるスケジュールや、各種の案内等を理解しているかどうかに基づいて判断します。

【レベル3の判断】:

普段から、簡単な日常会話を、職員あるいは他の利用者で行っているかどうかに基づいて判断します。話を聞くだけでなく、自らも話している場合がレベル3です。

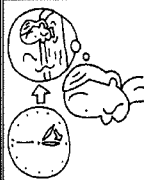
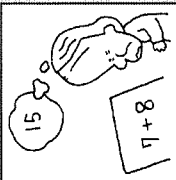
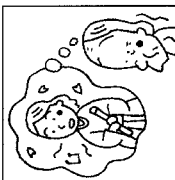
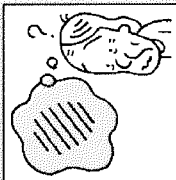
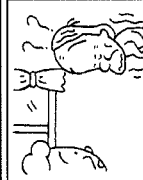
【レベル2の判断】:

普段会話は成立しないが、職員は他の利用者の話は理解している場合はレベル2と判断します。

【レベル1の判断】:

話し言葉の理解ができない場合が該当します。感覚失語等で言語が理解できない場合はこのレベルになります。

4-c 認知機能～精神活動のスケール

レベル	状態	状態のイメージ
5	時間管理ができる	
できる	↑ b1642	
できない	↓	
4	時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる	
できる	↑ b1720	
できない	↓	
3	簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる	
できる	↑ b1441	
できない	↓	
2	記憶の再生はできないが、意識混濁はない	
なかった	↑ b1100	
あった	↓	
1	意識の混濁があった	

時間管理
現在の時刻がわかり、かつ一時間後に何をこなすかを理解し、普段から自分で管理している。

簡単な算術計算
7+8、6+5などの一桁同士の単純な加算ができるか。
※おおむね7割程度正解すれば、できると判断する。

長期記憶
過去の自伝的な記憶について正しく、再生することができか

意識状態
調査前24時間以内の起きている時間帯に意識の混濁があったか

4-c 認知機能～精神活動のスケール

【レベル5の判断】:

普段から時間を理解して、たとえば入浴や食事、リハビリの時刻になると、自らその準備をするなど、普段から時間の管理ができているかどうかに基づいて判断します。

【レベル4の判断】:

時間管理ができない場合に、単純な加算ができるかどうか、概ね7割程度正解できればできるとします。

【レベル3の判断】:

簡単な算術計算ができない場合、長期記憶について聞き取りを行います。たとえば、最終学歴や、結婚など数十年前におきたと考えられることについて、スムーズに記憶を再生することができるようであれば、レベル3と判断します。

【レベル2の判断】:

過去の自伝的な記憶について、正しく再生することができない場合、意識混濁があるかどうかに基づいて判断します。せん妄等で一時的な意識混濁があるかどうかは、ここでは判断せず、通常の利用者の状態で判断してください。

【レベル1の判断】:

レベル1の場合、せん妄や重度の認知症のため、意識混濁がある場合を含みます。

※該当者(利用者)の「精神活動」で上記以外に特記すべき事項をご確認ください。

4-d 行動障害のスケール

行動障害は、以下の2群にわけて調査します

A群は、比較的激しい行動障害です。いわゆる陽性症状といってもいいでしょう。B群は比較的静かな行動障害です。陰性症状といってもいいでしょう。このうちB群の合計点数は長谷川式など、短期記憶を中心としたアセスメントスケールと、比較的良い相関があります。

A群	A-1	世話を拒否する	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	A-2	不適切に泣いたり笑ったりする	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	A-3	興奮して手足を動かす	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	A-4	理由なく金切りの声をあげる	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	A-5	衣服や器物を破壊する	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	A-6	食物を投げる	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
B群	B-1	食べ過ぎる	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	B-2	タンスの中身を全部出す	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	B-3	日中屋外や屋内をうろつきまわる	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	B-4	昼間、寝てばかりいる	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	B-5	同じことを何度も聞く	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある
	B-6	尿失禁する	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 1 がある

もし、これ以外の行動障害がある場合は、特記事項に記入してください。

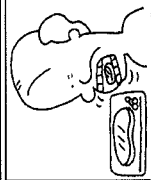
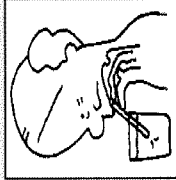
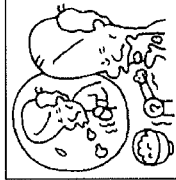
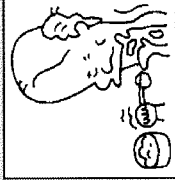
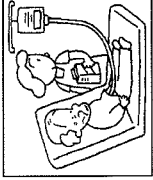
4. 認知機能は、a オリエンテーション(見当識)、b コミュニケーション、c 精神活動をしてd 行動障害の4つに分けて調査を行います。このうちd 行動障害は、ICFのレベルアセスメントではありません。

< 認知機能関連項目 全般の注意点 >

- ・認知機能に関するアセスメントは、見当識および精神活動は「できるかどうか」、コミュニケーションは、普段から「行っているかどうか」で判断します。これは、見当識と精神活動は、普段日常ではあまり明らかでない活動内容について調査しているためです。一方コミュニケーションは、普段の周囲の人との対応や、言語活動の状態などをとに判断してください。
- ・せん妄などにより、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間に基づいて判断し、特記事項に意識状態の変化がある旨を記入してください。
- ・聴覚障害や、運動失語症などで、言葉は理解するが、表現できない場合は、言葉以外の表出によって判断してもかまいません。
- ・感覚失語などで、言葉を理解していない場合は、わからないと判断してください。

食事機能関連項目について伺います。下表右側の状態で該当者（利用者）にもっとも近い状態を1つ選んで、該当する区分の番号を選んでください。

5-a 食事～嚥下機能のスケール

レベル	状態	状態のイメージ
5	肉などを含む普通の食事を、噛んで食べることを行なっている ↑ b5101	
4	肉などを含む普通の食事を噛んで食べることは行なっていないが、ストローなどでむせずに飲むことは行なっている。 ↑ b5100	
3	ストロー・吸い飲み等を使用し、水分・流動物をむせずに口腔内に吸引すること むせずに吸引することは行なっていないが、固形物の嚥下は行なっている ↑ b5103	
2	嚥下（口内でつぶした）あるいは柔らかくした食べ物（普通食、粥、軟食等）を、ノドの奥まで運び、口の中にため込みます、飲み込むこと 固形物の嚥下は行なっていないが、嚥下食の嚥下は行なっている ↑ b51033	
1	嚥下しやすいように処理した食べ物（ペースト食やゼリー食）をノドの奥まで運び、口の中にため込みます、飲み込むこと 嚥下食の嚥下は行なっていない （食べ物（飲み物）の嚥下は行なっていない）	

食事については、1. 食事・嚥下機能と、2. 食事動作の二つに分けて判断します。（状態が日によって異なる場合は、普段のより良い状態に基づいて判断します。）

5-a 食事～嚥下機能のスケール

【レベル5の判断】:

固めの食事（肉など）を含む普通の食事を噛んで食べているかどうかを判断します。義歯（入れ歯）の使用の有無は問いません。もし、義歯が破損して、最近では咬断をおこなっていないのであれば、この項目は「行っていない」と判断し、より下位のレベルを選択することになります。ICFコード b5101は、「前歯で食物を噛み切る機能」のことを示していますが、ここでは、特に固めの食べ物を噛み切ることを判断基準としています。

【レベル4の判断】:

ストロー、吸い飲み等を使用して、水分・流動物をむせずに飲むことを普段からおこなっているかどうかで判断します。もし、硬いものは噛み切れないけれど、やわらかいものを口の中で粉碎でき、かつ吸引ができるような場合はレベル4となります。

【レベル3の判断】:

咬断や吸引はできないけれど、口の中に充分柔らかい食べ物を入れれば、飲み込みをおこなう場合がレベル3です。b5103は歯と舌によって食物を口の中で扱う機能を示していますが、ここでは、口腔内に食べ物を溜め込まず、嚥下をおこなっているかどうかで判断します。もし水分やとろみがついた食事のみ嚥下をおこなっている場合はレベル2と判断してください。

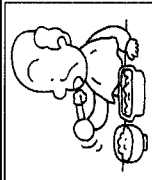



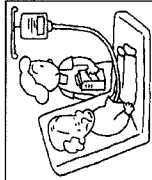
【レベル2の判断】:

柔らかいもののみ、口腔内に食べ物を溜め込まず、嚥下をおこなっているかどうかで判断します。もし嚥下食であれば飲み込みができる場合はレベル1と判断します。

【レベル1の判断】:

柔らかいものであっても（例えば嚥下食）飲み込みができず、普段からおこなっていない場合、あるいは、誤嚥の危険性が高く、嚥下をおこなっていない場合はレベル1と判断します。胃ろうの使用はレベル1と判断しません。

5-b 食事～食事動作および食事介助のスケール

レベル	状態	状態のイメージ
5	箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることが行なっている ↑ d550a	
4	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って、食べこぼしなく上手に食べる 行なっている ↑ d550b	
3	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べることが、食べこぼしなく、何とかが自分で食べることが行なっている 行なっていない ↑ d550c	
2	食事の際の姿勢や食べ物の位置の調整、握食関連補助具の準備が必要である 行なっている ↑ d550d	
1	食事の際に直接的な介助（食べさせる）が必要である（食事途中からの介助を含む） 行なっていない ↑ d550e	

【特記事項記入の工夫】

現在の食事形態について情報を収集しておき、特記事項に記入してください。こうすれば栄養マネジメントにも有効です。

現在の主食形態

1. 米飯 2. 軟飯 3. 全粥 4. 7分粥—重湯 5. その他 ()

現在の副食形態

1・常菜 2. 軟菜 3. ぎざみ 4. ミキサー 5. ムースペースト 6. その他 ()

5-b 食事～食事動作および食事介助のスケール

次の項目は食事動作です。食べる時に、どの程度の動作を自分でおこなっているか、あるいは、食べる動作を行っている際にどれほど介助が行われているかどうかを判断します。

【レベル5の判断】:

レベル5は、提供された食べ物を箸やフォーク、スプーン、ナイフ等を使用して、上手にたべているかどうかで判断します。食べこぼし等があったり、食べ物を小さく加工したり工夫をして、食べている場合はそれ5レベル未満のいずれかとして判断してください。もし、食べこぼし等があり、普段から介助により周囲をきれいにたもっているような場合はレベル4と判断してください。

【レベル4の判断】:

提供された食べ物を、食べこぼし等はあるが、なんとか自分で食べている場合はレベル4と判断します。

【レベル3の判断】:

食事の際、本人の姿勢や食べ物の位置の調整などの調整が必要かどうかで判断します。皿の位置の工夫や、特別な補助具などの準備などの特別なセッティングを行わなくても食べている場合は3以上と判断し、それ以上かどうかは食べこぼしの状態などで判断します。もし、特別なセッティング（皿の位置の工夫や、特別な補助具などの準備など）を行っている場合はレベル2と判断します。

【レベル2の判断】:


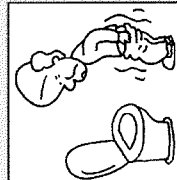


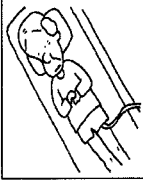
食事の準備だけでなく、食べる動作にも介助をおこなっている場合はレベル2です。

【レベル1の判断】:

食事の動作に対する直接介助をおこなっても食べることができない場合はレベル1と判断します。食事途中からの介助を含みます。

排泄機能は、排泄の動作、用いている器具および尿意、便意を調査します。

排泄関連項目について伺います。下表右側の「状態」で該当者(利用者)にもっとも近い状態を1つ選んで、該当する区分の番号を選んでください。

6-a 排泄の動作		状態	状態のイメージ
排泄の後始末	排泄の後に種々の後始末をすること ※排泄後に拭く、水洗を流す、汚染した便器や圍布を拭く、ポータルトイレの処理、尿器の処理等を含む	5 排泄の後始末ができる ↑ d53001 行なっている	
	スポンやパ ンツの上げ 下ろし	4 排泄の後始末は行なっていないが、スポン・パンツの上げろしは行なっている ↑ d540 行なっている	
洋式便器へ の移乗	排泄の際、スポン・パンツ等の上げ降ろしを自分ですること	3 スポン・パンツの上げ下ろしは行なっていないが、洋式便器への移乗は行なっている ↑ d420a 行なっている	
	トイレ内の移動の際、姿勢の保持を自分で行っていない場合は「行なっていない」としてください。 ※移乗ができません、洋式トイレを利用していない場合も「行なっていない」としてください。	2 洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または着席から床上で排泄を行っている。 ↑ d53085 行なっている	
床上での 排泄	トイレへの移乗が行えないため、床上で排泄を行っている。	1 尿床(膀胱瘻を含む)や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している ↑ d53085 行なっていない	

6-b 補助具・器具の使用状況と、尿意の意識

ポータルトイレの利用	0	なし	1	あり
尿力ターテルの使用	0	なし	1	あり
人工肛門の使用	0	なし	1	あり
おむつの使用	0	なし	1	あり
尿意を意識することができるか	0	なし	1	あり

6-a 排泄の動作のスケール

排泄については、尿のコントロールを中心に聞き取りを行います。これは、排便の頻度が排便の頻度より多いためです。

排便について、何か特記すべきことがあれば、特記事項に記入します。たまたみ失敗するような場合は、普段のより良いレベルに基づいて判断します。

【レベル5の判断】:

排尿後の後始末も含めて、排尿動作が自立している場合、レベル5と判断します。判断基準は、排尿後に、拭く、水洗を流す等の後始末を行っている場合です。

【レベル4の判断】:

レベル4は尿意の意識に対応して、トイレに行き、自分でズボンの上げ下ろしでおこなっているかどうかを判断します。この前提は、次のレベルの洋式トイレへの、移乗をおこなっていることが前提になる場合が多いですが、ナースコールを押し、介助者にトイレまで連れていけば、その後は介助なしにズボンの上げ下げをおこなっている場合はレベル4と判断します。

【レベル3の判断】:

レベル3は、洋式便所への移乗は自立している場合が含まれます。もし、トイレまでの移動は、介助が必要であっても、トイレ内での移乗を自分でおこなっている場合が該当します。在宅で調査される場合、洋式トイレがなく、和式トイレのみであり、この活動をおこなっていない場合は、行っていないと判断してください。その際にズボンの上げ下ろし等を自分でおこなっている場合はレベル4となります。

【レベル2の判断】:


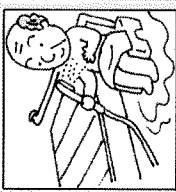

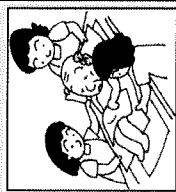
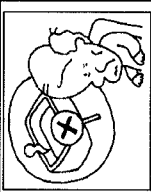
洋式便所への移乗に、介助を要する場合です。トイレ内の移乗の際、姿勢の保持を自分でおこなっていないような場合はレベル2となります。また、ポータブルトイレを含めて移乗ができず、洋式（ポータブルを含む）を利用していない場合は、行っていないと判断してください。

【レベル1の判断】:

トイレの移乗がおこなえない場合が該当します。医療的な理由などで、床上で排泄をおこなっている場合が該当します。カテーテルを使用している場合はレベル1に該当します。

入浴関連項目について伺います。下表右側の「状態」で該当者(利用者)にもっとも近い状態を1つ選んで、該当する区分の番号を選んでください。

7. 入浴動作のスケール

レベル	状態	状態のイメージ
5	安定した浴槽の出入り・洗身を行なっている ↑ d5101	
	行なっている ↓ d5101	
	行なっていない ↓	
4	安定した浴槽の出入り・洗身の援助を行なっている ↑ d5100	
	行なっている ↓ d5100	
	行なっていない ↓	
3	第三者の援助なしで入浴 第三者の援助なしで入浴することは行なっていないが、一般浴室での入浴に必要な介助がなされている ↑ d4153	
	行なっている ↓ d4153	
	行なっていない ↓	
2	浴室での座位保持を行なっている ↑ d5101	
	行なっている ↓ d5101	
	行なっていない ↓	
1	入浴を行なっていない	

※該当する入浴手段をご確認ください。

- | |
|-----------------|
| 1. 一般浴 |
| 2. 介助浴 |
| 3. 座つての機械浴 |
| 4. 臥位での機械浴(特殊浴) |

入浴については、入浴動作と、入浴手段をわけてアセスメントを行います。ICFには入浴に関連した項目として、活動と参加 (AP) に体の一部をあらうこと (d5100)、全身を洗うこと (d5101)、身体を拭き乾かすこと (d5102) の3つのコードがあります。ところが、老人保健施設や、在宅介護では、これらを区分するよりは、入浴動作をどの程度おこなっているか、ということの情報の共有を行うほうがメリットが大きいと判断しました。この内容は、一部基本動作と重複しています。

7. 入浴動作のスケール

普段の状態に基づいて判断します。もし、危険等を理由に普段から、浴槽に入りをさせていない場合は、行っていないと判断します。

【レベル5の判断】:

普段使用している浴槽で、専心を含め入浴動作全般を行っている場合をレベル5とします。

【レベル4の判断】:

日ごろの入浴はなんとか自分で行っているが、不十分であることが認識されている場合です。普段一人でシャワーのみしか使用していない場合で、かつ不十分の洗浄がある場合が該当します。自分でシャワー浴のみを行う場合が該当しますが、地域性などから入浴を行わない場合は、洗い残しの程度から判断することになります。見守りのみの援助の場合がおこなわれているような場合はレベル4です。

【レベル3の判断】:

浴室内での座位保持は安定しているが、見守り・指示・手を添える・洗身の不十分などところを手伝う程度の第三者の援助で入浴している場合です。レベル4との違いは、レベル4が普段から自分で行っている場合で、レベル3は普段から介助がなされている場合です。

【レベル2の判断】:

レベル3と比較して、浴室内で座位保持を行っていない場合がレベル2となります。

【レベル1の判断】:

レベル1は入浴を行っていない場合です。

第6項 A-1 (インテーク: ニーズ・アセスメント) シート

A-1(インテーク:ニーズ・アセスメント)シート

氏名		性別	M・T・S	ID
		男・女	年 月 日生	
保証人:		(続柄)	住所:	TEL.
緊急連絡先: ①		②		③
介護保険	保険者:	被保険者番号:	要介護度	自立度
	有効期間:	利用者負担段階:		
	居宅介護支援事業者:	担当介護支援専門員:		
	保険者意見等:			
医療保険:			主治医:	
	病名 (主なもの)		発症時期・治療状況等	医療機関
既往歴				
現病名				
備考				
生活史 (インテークまでの経緯)				
一日の過ごし方				
一週間の過ごし方				
現在の居所:				
特記事項				

<p>家族図</p>	<p>在宅環境の状況</p>		
<p>本人：サービス利用の目的（入所・通所・短期）</p>	<p>家族：サービス利用の目的（入所・通所・短期）</p>		
<p>本人：サービス利用についての意向と目標</p>	<p>家族：サービス利用についての意向と目標</p>		
<p>介護保険サービス等利用歴</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ・確認をした/受領した資料や書類等： ・提出を依頼した資料や書類等： ・重要事項説明書およびサービス利用に際してのリスクの説明： ・適性アセスメントへの意向確認： ・合意と同意の確認： 			

第7項 プレ・インタビュー・シート

プレ・インタビュー・シート	
<p>これは当施設（介護老人保健施設〇〇〇〇〇）のご利用を希望される皆さまに、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望などをおうかがいするための用紙です。 関係者の皆さまともよくご相談されて、忌憚のないお考えをお書きください。 そのうえで次回の面接日にお持ちください。事前にお送りいただいても結構です。</p>	
サービス利用をご希望されるのは、どのような目的ですか？	
ご 本 人	
ご 家 族	
サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？また、サービスを利用されるにあたり、私たちにどのような要望がありますか？	
ご 本 人	
ご 家 族	



ご面倒をおかけしますが、できれば、ご自宅の間取りや広さ、庭や近隣などの様子がわかる見取り図を描いてください。（定規を使う必要はありませんし、大まかなことが分かればけっこうです。「家屋状況の把握」ということが規則で決められているためです）

お書きいただいた方（方々）のお名前と続柄

・ _____ () ・ _____ ()
・ _____ () ・ _____ ()

ご協力ありがとうございました。

第8項 A-2：インテーク（適性アセスメント）シート

A-2：インテーク(適性アセスメント)シート [及び(判定後)→暫定ケアプラン]

氏名			添付書類等：A-①シート、			
	ID:					
A-①シートの変更・付加事項等						
現病の状況および投薬： 現主治医の「病状の安定性」の意見？ 安定・不明・不安定・コメントなし						
基本動作	レベル	(立位、移乗、座位、寝返り等)				
歩行・移動	レベル	(外出・昇り降り、歩行、移動等)				
移動に用いている装具						
認知機能						
オリエンテーション	レベル	精神活動	レベル	コミュニケーション	レベル	行動障害
食事嚥下機能	レベル	食事 食事動作 及び介助	レベル	留意事項	食形態	
排泄動作	レベル	排泄の補助具			尿意・便意	
入浴動作	レベル	入浴手段				
整容	レベル	留意事項		更衣	レベル	留意事項
備考						

身体状況等、その他の特記事項

- ・麻痺および拘縮：
- ・筋力：
- ・視力：
- ・聴力：
- ・認知関連データ：
- ・その他：

インテークに関わった専門職のコメント

年 月 日： _____

サービス利用判定会議

区分： ・入所 ・短期入所 ・通所

開催日	年 月 日	暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)										
出席者												
判定結果												
<ul style="list-style-type: none"> ・利用は適当 ・利用は不適當 ・保留または延期 												
判定理由		<table border="1"> <thead> <tr> <th>加算の算定</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・短期集中リハビリ実施加算</td> <td>有り・無し</td> </tr> <tr> <td>・認知症短期集中リハビリ実施加算</td> <td>有り・無し</td> </tr> <tr> <td>・個別リハビリ加算</td> <td>有り・無し</td> </tr> <tr> <td>・退所前後訪問指導加算(入所後早期の訪問指導)</td> <td>有り・無し</td> </tr> </tbody> </table>	加算の算定		・短期集中リハビリ実施加算	有り・無し	・認知症短期集中リハビリ実施加算	有り・無し	・個別リハビリ加算	有り・無し	・退所前後訪問指導加算(入所後早期の訪問指導)	有り・無し
加算の算定												
・短期集中リハビリ実施加算	有り・無し											
・認知症短期集中リハビリ実施加算	有り・無し											
・個別リハビリ加算	有り・無し											
・退所前後訪問指導加算(入所後早期の訪問指導)	有り・無し											

本暫定ケアプランについて、 その内容の説明を受け、同意致します。	平成 年 月 日	説明者
	利用者氏名：	
	ご家族氏名：	

第10項 R4ケアプラン総合計画書（A4版）

新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～

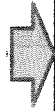
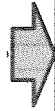
介護老人保健施設ケアプラン（リハビリテーション・ケア・栄養・口腔）総合計画書

利用者氏名		要支援/介護度	障害老人自立度	外出⇒屋内⇒車椅子⇒移乗⇒起居⇒起床⇒寝返り介助	生活不活発病(廃用症候群)	原因:				
様		○	○	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	<input type="checkbox"/> 軽度					
明治・大正・昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			認知症自立度	見守り⇒家庭外⇒家庭内⇒日中⇒夜間⇒常時⇒要医療	<input type="checkbox"/> 中程度					
				正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	<input type="checkbox"/> 重度					
健康状態(経過・原因疾患・発症日等)				合併疾患コントロール状態		最近の変調等				
				(高血圧・心疾患・呼吸器疾患・糖尿病等)						
現在の状況評価				専門職アセスメント 及び実施計画内容等の要点						
レベル		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		モニタリング①						
図等		区分		ケアカンファレンスの開催 年 月 日()						
1 医療					医師・薬剤					
2 基本動作					看護					
3 歩行移動										
4 認知機能	a オリエンテーション									
	b コミュニケーション									
	c 精神活動									
	d 行動障害 A群	合計数	行動障害B群	合計数	リハビリ及びリハビリ実施計画書の要点					
5 a 嚥下機能					介護					
5 b 食事動作										
6 a 排泄動作					口腔・栄養及び栄養ケア・マネジメントの要点					
6 b 尿意		便意		特記事項						
7 入浴動作					支援相談員・生活環境					
8 整容	もうしわけございません。今しばらくお待ち下さい									
9 更衣										
<入所目的>				管理者Dr	看護	介護	リハビリ	栄養	ケアマネ	支援相談

(○回)

【 入所日 】 ○ 年 ○ 月 ○ 日 【 計画評価実施日 】 ○ 年 ○ 月 ○ 日

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容			モニタリング②
	長期目標	短期目標 (優先順位)	期間	サービス内容	担当者	評価日	



		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	0:00								
	2:00								

本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました

平成 年 月 日

利用者氏名; _____

ご家族氏名; _____

説明者

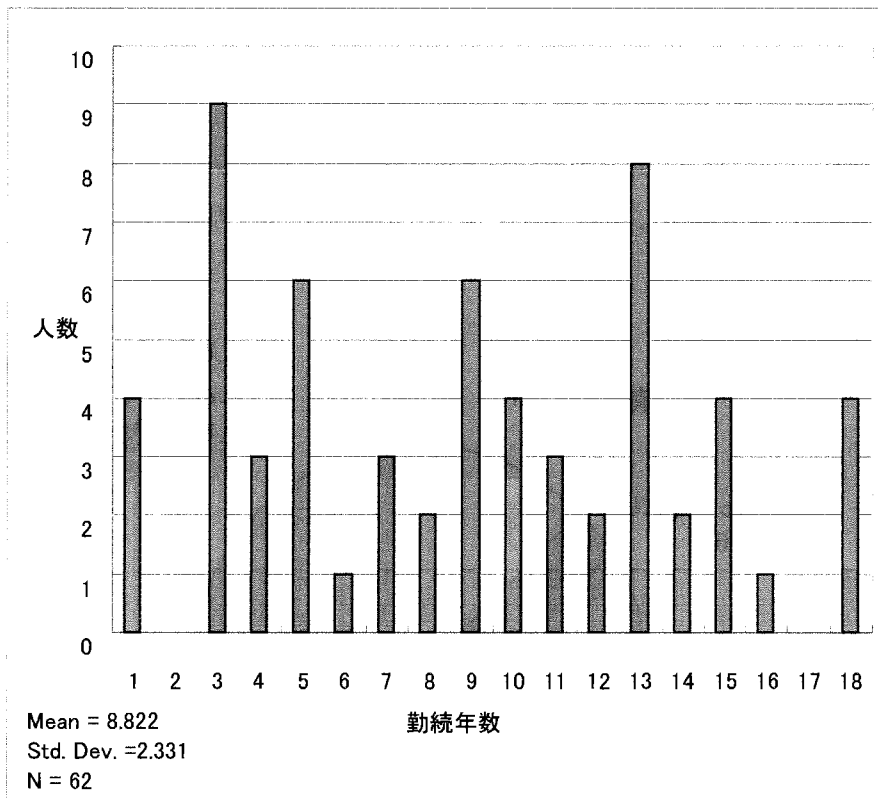
第2節 アンケート調査の結果

第1項 調査対象者の属性

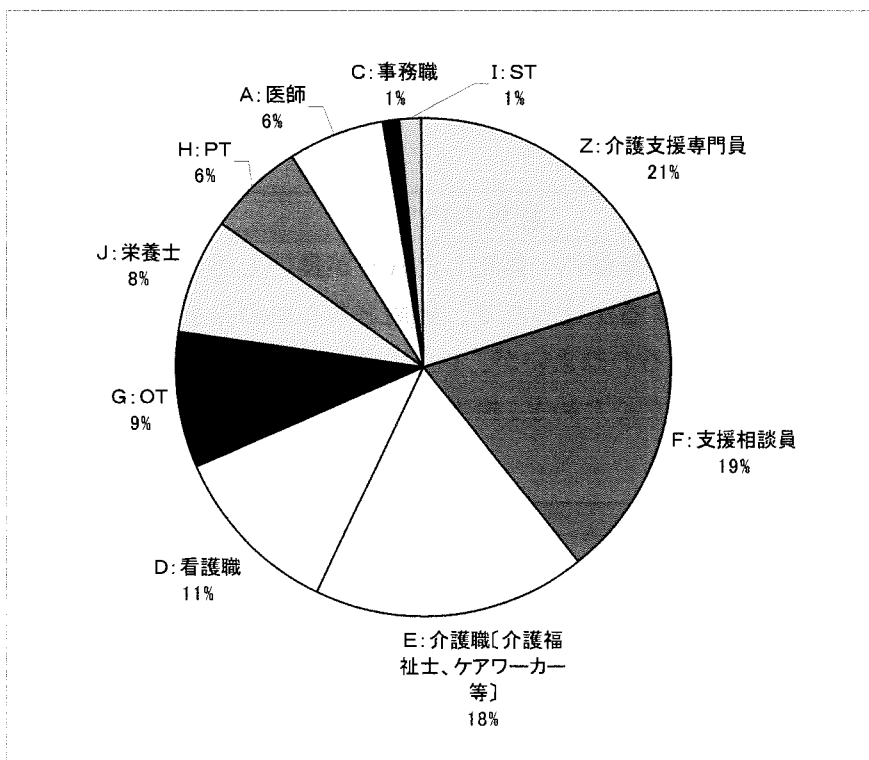
回答者のうちもっとも多かったのは、介護支援専門員、次いで支援相談員、介護職(介護福祉士、ケアワーカー等)であった。

回答者の勤続年数の平均は9年、最短年数は1年、最長年数が18年であり、標準偏差は2.3であった。

勤続年数



職種

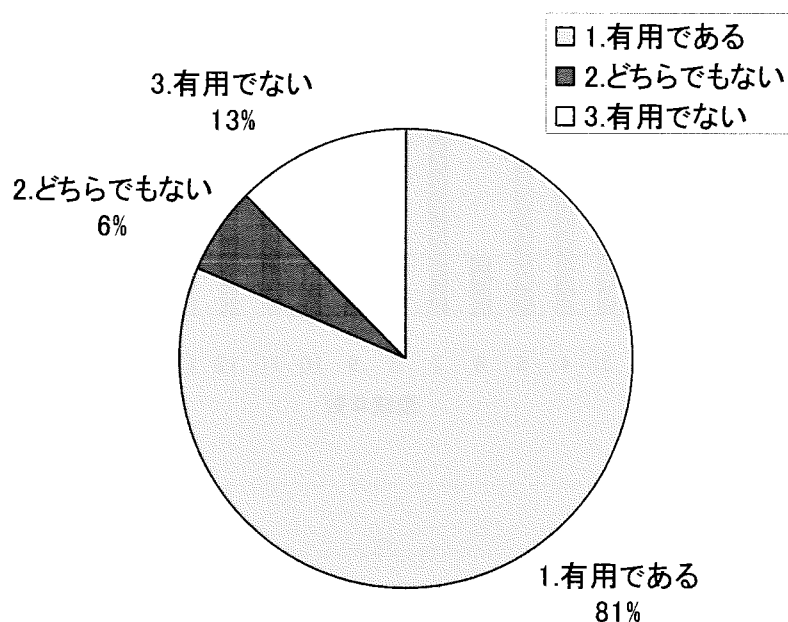


第2項 各設問の回答結果

2. R4システムでは、同封の別添1：「介護老人保健施設における効果的なケアマネジメント方式（新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～）に関するアンケート調査手引き」を今後「実用版テキスト」（現場ですぐに活用できるR4システムの概略版）と整理し、その後、さらに各項目の詳細な解説等を掲載した「詳細版テキスト」を作成し、テキストを2種類作成する予定ですが、このテキストについて下記の質問にお答え下さい。

(A) テキストを「実用版」と「詳細版」の2種類のテキストを作成することについてどう思いますか。

81%の調査対象施設が有効との回答だが、2冊ではわかりづらい、混乱するなど、一本化を要望する声もみられた。また、すべての職種に理解を得るための資料が必要という意見もあった。

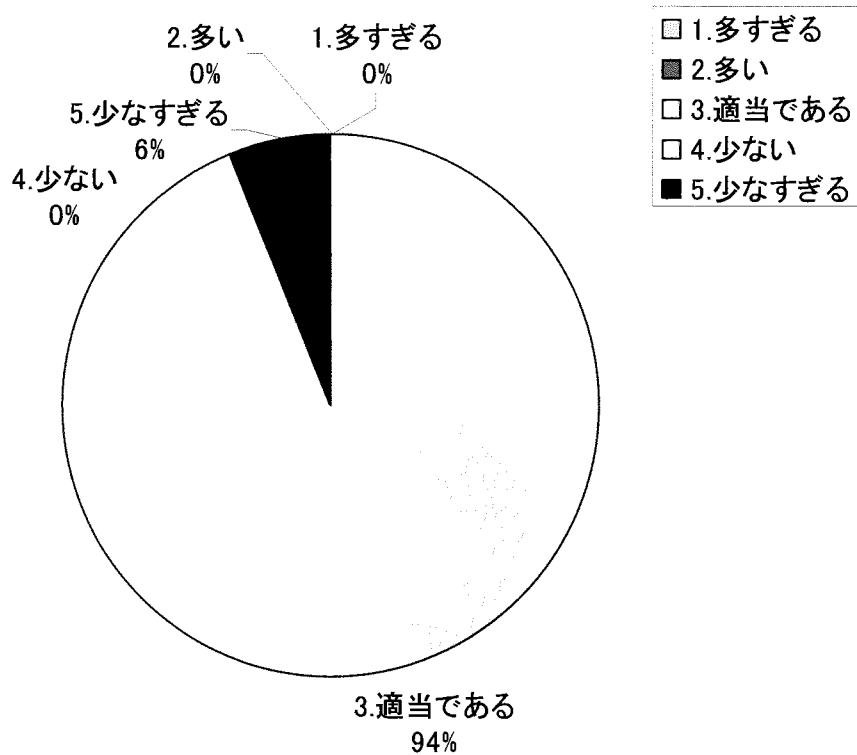


3.有用でないを選ばれた方の意見

意見の内容
■ 混乱する可能性があり、1種類に一体化したほうが良いと思う。
■ 2冊では、どちらを参照するか迷ったり、結局どちらかのみを参照することになる。内容的に概略と詳細があるのはよいが、1つにまとまっているほうが参照しやすい。
■ すべての職種に理解いただくためと、担当ケアマネが活用するために理解を深めるものが必要と思われます。

(B) 「実用版テキスト」としての分量は、

94%の施設から適当であるとの回答を得られた。一方で、記入方法がわからない、入力が大変などの意見も少数ながら見られた。



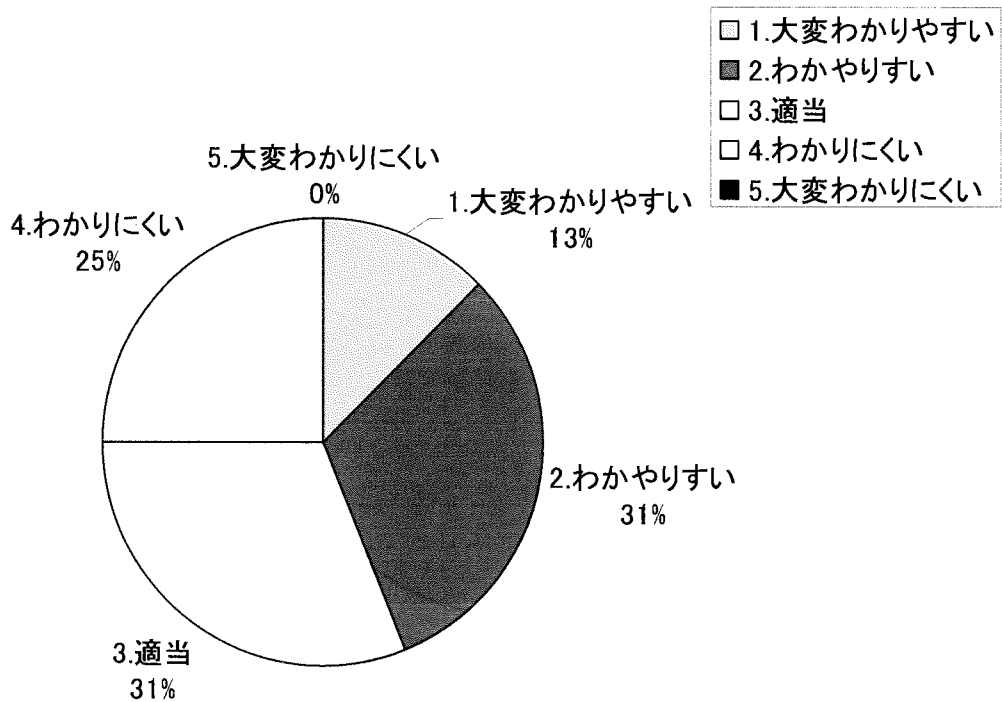
4. 少ない又は5. 少なすぎるを選ばれた方の意見

意見の内容

- 別添6について区分、特記事項、モニタリングの記入方法がわからない。専門職アセスメント及び実施計画書がどの様に転記されるかわからない。
- 別添3についてPC上で管理する場合、家族図や住宅環境の状況を入力するのが大変。

(C)「実用版テキスト」の内容としては、

大変わかりやすい、わかりやすいと答えた施設が 44%、適当が 31%、わかりにくいと 25% と回答にばらつきがみられる。わかりにくいと答えた 4 施設のうち 3 施設が記入方法について触れている。その他には全職員で共有するため、専門用語等難しい表現は避け、全体を簡素化してほしいという意見もあった。



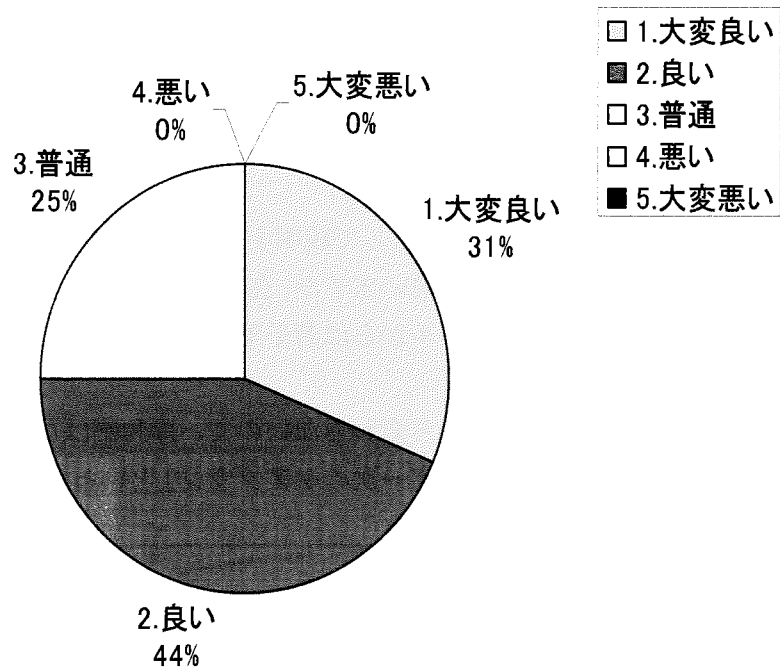
4. わかりにくい又は 5. 大変わかりにくいを選ばれた方の意見

意見の内容	
■	現在の状況で 4-d や 6-b の欄はわかりにくいです。
■	テキスト内のシートの記入例が一部の欄にしか書かれていないので、どのように使うか(記入するのか)わからないところがある。
■	「ICF の概念…」の説明が回りくどくてわかりにくい。
■	ケアプランの例がアバウトすぎる。もっと詳しく書かれている例を書いたほうが良い。
■	「ケアの実施」を「Do の担保」と、なぜかわかりにくい表現にするのか。
■	全体的なイメージがつかず、記載に困った。
■	レベルの評価の仕方がわからない。
■	専門用語の他に英語と日本語を用意している。また、言葉の表現が難しいところがあるため、全職員を使用対象とした場合、解説がかなり必要になる。特に現場レベルで活用するマニュアルについては、表現をやわらかくすることが必要だと感じます。
■	A-1 シートには詳しい例が記載されていたが、A-2 など他のシートには詳しく示されていなかったため、わかりにくかった。
■	解説の間にシート記入例があり、時系列的には理解しやすいのだろうが、見にくい部分があった。

(D)「手引き」を読んで、R4システムについてお伺いします。

a) インテーク、アセスメント及びケアプランの実施を重要視したこのR4システムの全体の流れについてお伺いします。

大変良い 31%、良い 44%、普通 25%と、全施設が普通以上と評価した。他職種での情報共有に有効という意見がもっとも多かった。また、在宅復帰を見込んだケアプラン立案に有効、ケアプランが立てやすい、使いやすいという意見も多かった。



意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ インテークの段階からアセスメントは始まっているので、在宅復帰を想定した聞き取りが出来る。施設で生活するためのケアプランではなく、在宅生活に基盤を置く事が出来てよい。■ 判断しやすい表示となっている。最初の出会いを大切にしたシステムだから。■ 流れは大変良いと思うが、判定会議前までのアセスメントの入力が負担と思う。■ 入所前情報が細かく多くあり、ケアプランが立てやすい。■ チームアセスメントがしっかりとされており、利用者のニーズをどの職種も共通認知できるところが良いと思いました。■ 老健機能の指向性が明らかになっている。■ 記入例が示されており、参考になる。■ 利用者様の施設利用の目的が明確化され、方向性が全職員にわかりやすく周知できる。■ ADLアセスメントをそのままケアプランとして説明することがよいかは判断が難しい■ 個々の利用者の状態把握には有用だと思いますが、在宅支援にあたっては介護者の状況をどう把握していくのがマニュアルからは若干不足しているのではないかと感じる。■ 基本的な流れは当施設のものとはほとんど変わらないので、違和感はない。ただ、「入所継続又は退所の判定→結果が継続判定→次のケアプラン」といったものがこのシステムに不足している。■ 現時点で判断つかない。■ 特に、インテークを重要視している点が大変良いと思います。とりあえず入所のためのインテークではなく、在宅(退所を見据えた)を意識することが、職員、利用者、家族の意識付けになると思います。■ ケアプランはニーズを的確に捉えることと、プランをプラン通りに確実に実行することが大切だと考えているから。■ “全てはDoのため”と感じられる画期的な手法だと感じた。インテーク～モニタリングに至るまで、本来は書類上ではなく、利用者ケアを第一に進めることが大切である。全ての多職種がやるべきことをプラン上に的確に明確にすることができる。Doチェックまでの連動性が完結すれば最高。■ 多職種協働でワンシートにまとめられるということは、実際のケアを行う職員にも伝わりやすく、老健としての統一したケアができるのではないかと感じた。

(E) その他、R4システムの「テキスト」全体について、ご意見・要望等をご記入ください。

わかりやすい、参考になるなど、肯定的な意見が多い中、居宅サービスなど、盛り込まれていない項目に関する拡張性を求める声が複数あった。また、職員への教育や具体例がほしいなど不安の声も多かった。

その他、R4システムの「テキスト」全体についての意見

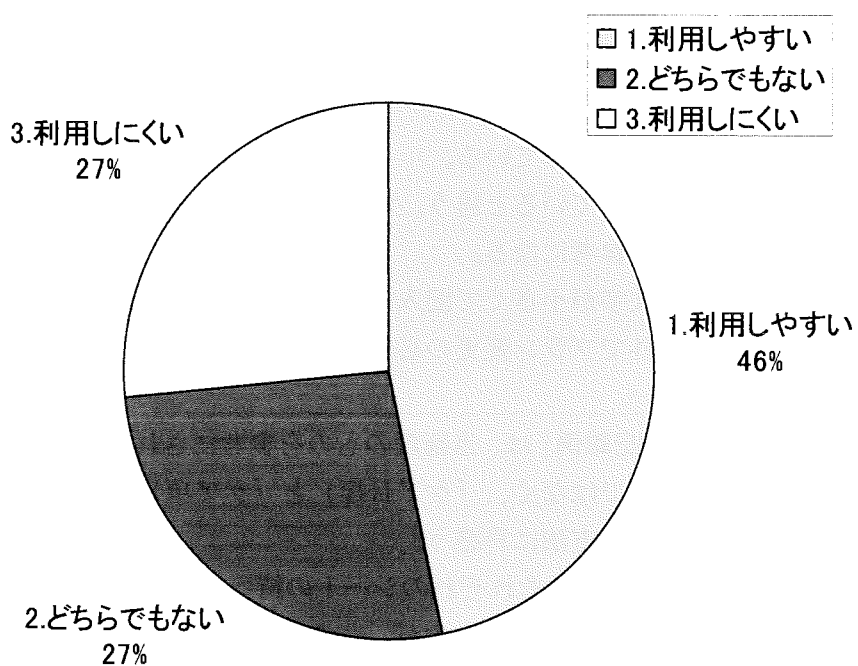
意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ ケアプランの実施、記録方法について模索していたので、温度版を使った例や Do-Check カードは参考になった。ケアプランの完成版に居宅サービスを意識させる項目があるとさらに在宅生活を想定したプランが出来ると思う。例えば、事前に利用者が生活する地域の居宅サービスを調査し、利用が見込まれる内容を週間サービス計画表に記載しておく等の発展性があると良い。しかし、地域によってサービスの供給量が異なることを考える必要がある。■ 判断しやすい内容、表示となっている。■ 全体的にわかりやすくできていると思う。ケアカンファレンス実施のコツや工夫事例などが入っていることが参考になる。■ 週間サービス計画表の文字が小さくて記入しづらいと思いました。■ 定期的なアセスメント以外でプラン変更の必要性がある際のケアプランの取り扱いについて記載してください。■ 「施設サービス計画書 記載例」は、当施設のものを参考にされていると思うが、「長期目標」と「短期目標」ではなく、「ケア目標」と「ケア項目」の違い。■ まだ慣れていないため記入方法に戸惑う。■ 何度も読み返すことによって、それぞれのシートの持った意味が理解できました。職員に浸透するには時間がかかりすぎますが、非常にわかりやすいと思います。■ A-4 専門職アセスメントと R-2 ケアプランの作成の部分がそれぞれは非常にわかりやすいが、2つのつながりをもう少しうまくまとめられるとよりよいと思う。ケアカンファレンスも同様に感じる。

3. 各シートについて、ご意見をお伺いします。

(A) A-1：インテーク（ニーズ・アセスメント）シートについて

別添3：A-1：インテーク（ニーズ・アセスメント）シートは、R4システムにおけるR1（4つのアセスメント）のA-1：インテーク（ニーズ・アセスメント）を行う上で利用しやすかったですか。

利用しやすいと回答した施設が46%と最も多かったが、書きづらい、意味がわからないといった厳しい意見もあった。また、自由記入欄が多く担当者によりぶれが生じるため、ある程度選択式にすべきなど具体的な改良点もみられた。



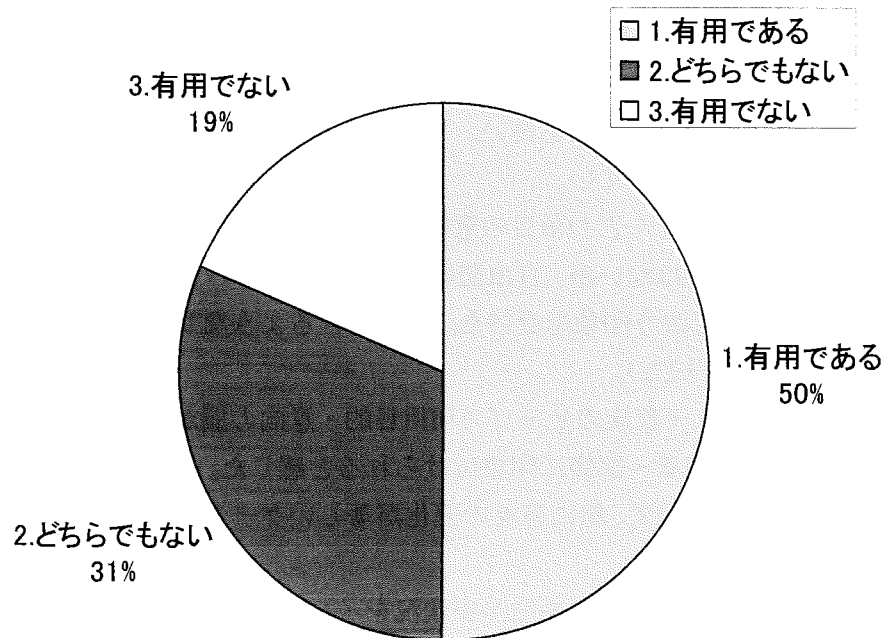
3. 利用しにくいを選ばれた方の意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ サービス利用の目的、サービス利用についての意向と目標が書きづらい。■ 記述例のため、書類作成に時間がかかりすぎる。これでは利用面接を1回1名選任で行っても追いつかない。■ 「介護保険」の欄、一部必要ない。■ 「病名」と「発症時期」の間の欄は何？■ 家族図と一緒に、同居家族の氏名・年齢・続柄の欄が必要。■ A-1の段階で「在宅環境」を全ての方に聞く必要はない。■ サービス利用の「目的」と「以降と目標」の欄を分ける必要はない。■ 自施設のサービス利用暦があると良い。「サービス等利用暦」の欄、白紙の方に項目が入っていないので使いにくい。■ 裏面の一番下の欄、ほとんどの項目の意味がわからない。■ 特に利用しにくいことはないが、自由記載が多く、インテーク実施者のスキルによって、大きく異なってしまう印象を受けた。選択できるようなリストボックスやある程度共通のマスターはほしい。■ A-1の裏面にある本人・家族のサービス利用目的・意向の欄があり、インテークの時点で老健の役割を利用者・家族に印象付けられると感じた。(良い点です。)■ 判断に迷うケースについて、特に日々の変化が著しいケースの判断根拠例を示してほしい。■ 既往歴や現病名について発病時期や治療状況をインテーク時に入手するのは困難な場合が多い。経済面等の項目を実際に使用しながら改良する必要がある。

(B) プレ・インタビュー・シートについて

別添4：「プレ・インタビュー・シート」は利用者の入所希望目的等を把握する上で有用だと思いますか。

有用であるが50%と最も多かった。一方で家族の負担を懸念する意見や、項目がわかりづらいといった意見が非常に多かった。



3. 有用でないを選ばれた方の意見

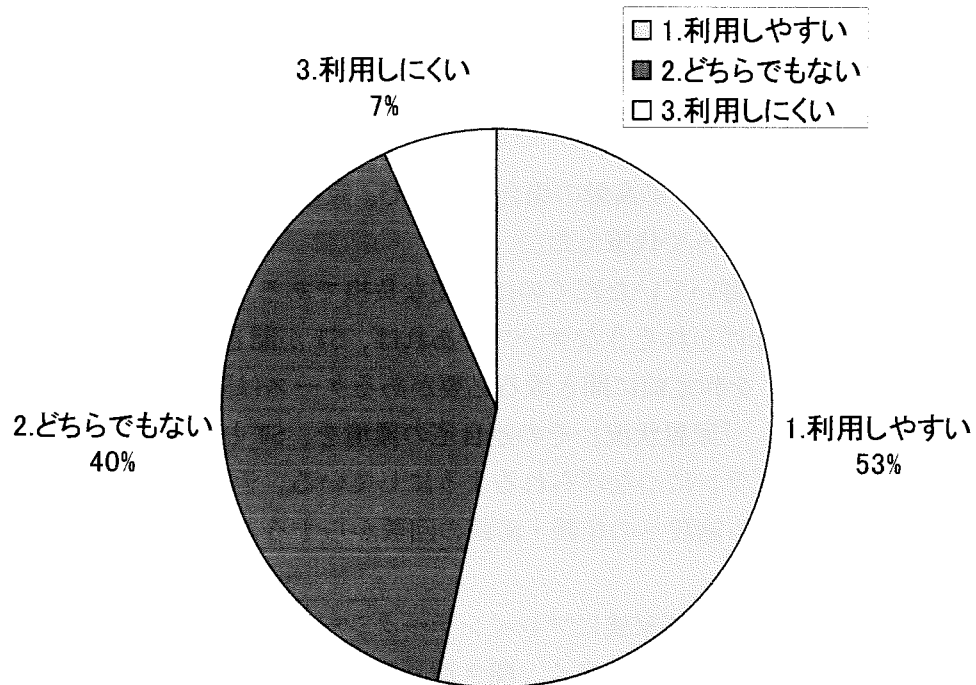
意見の内容

- 介護者によっては確認したい事項が理解できないことが考えられるため、質問内容が具体的な項目になっていると分析しやすい。例えば、本人欄は①リハビリ（〇〇ができるように）②自宅での生活に不安を感じている等、家族欄は①リハビリ（〇〇ができるように）②住居の増改築、介護者の入院等による介護環境の変化③介護負担の軽減等、あらかじめ分類されていると集約しやすい。当方は、家屋環境を退所前訪問で確認している。
- 白紙のまま提出されるご家族が目立った。ご家族の間取りについても書きづらいと話されたご家族がいました。
- 有用差はあるが、記入できる方ばかりではない。
家族でも高齢の方や書くことに抵抗のある方などさまざまなので、A-1へおさめたほうがよいのではないか。
- その他-有用だと思うが、KPが高齢の場合負担大で、家屋状況の把握は「難しく書けない！」と言われ高騰のみで代筆した。
- 面談の前から相談者に書いていただくのは大変な負担である。ある程度話を聞いて、サービスの利用につなげられそうなケースであれば、SWが聞き取り、書き留めるべき。特に「家屋状況」を判定前に聞き取る必要があるケースは限られる。当施設では入所後訪問において、「家屋状況」その他自宅の環境を、SWとケアマネが事細かに調査・確認し、ケアプランにつなげられるようにしている。テキストに、「事前送付や面談時」とあるが、当施設への相談・面談の回数からすると、お金と時間の無駄でもある。
- すでに入所されている方のご家族にプレインテークシートは記入依頼しにくい。協力を求め記入できないご家族も多く、聞き取り記入になることが多いと思われる。利用者が長期になっている場合、その背景や利用意向に変化が生じるため定期的に入力いただくかヒアリングが必要。
- 裏面の間取りや近隣の様子は、面倒で書き難い項目と予測されるので、記入してもらい難いのではないかと？退所後の生活や方針についてなどの希望を記入してもらってはどうか？

(C) A-2：インテーク（適性アセスメント）シートについて

別添5：A-2：インテーク（適性アセスメント）シートは、R4システムにおけるR1（4つのアセスメント）のA-2：インテーク（適性アセスメント）を行う上で利用しやすかったですか。

利用しやすいが53%と最も多かった。一方でレベル評価や施設間のオペレーション、既存シートとの互換性などを危惧する意見が多かった。

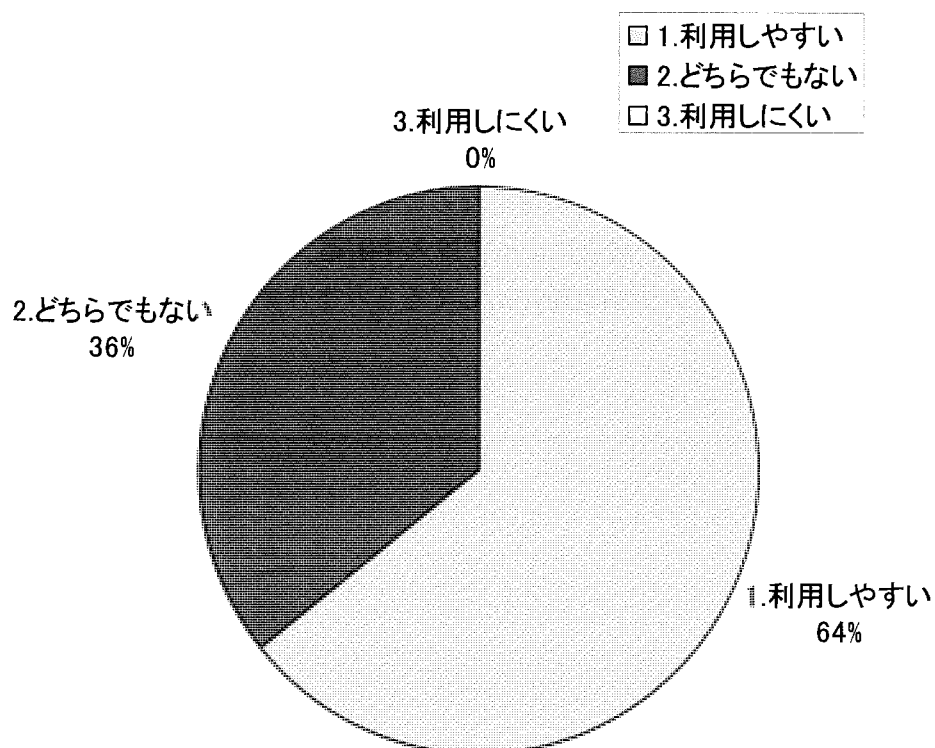


3. 利用しにくいを選ばれた方の意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ レベル評価が難しかった。■ 氏名の欄が小さく、IDの欄が大きすぎる。■ 添付資料の欄は必要ない。■ 「A-①の変更・付加」は、直接書き直せばよいので必要ない。■ 「コミュニケーション」と「精神活動」の順番が、マニュアルやA-3と違うので、統一したほうが良い。■ 行動障害の欄が小さすぎる。■ 「認知関連データ」の意味がわからない。判定区分に、「新規・再利用」があると良い。■ 現在、当施設で使用しているアセスメント・シートはチェック方式にしている部分が多く、なるべく記述の部分を減らしている。同じ情報量をこのA-2シート記述で書こうと思うと、書く手間や読む手間が多くなってしまうので使用しにくい。■ 主治医の診療情報提供書は、場合によっては入手困難。居宅ケアプランや入院先のサマリー入手については、入所判定時に出してもらおうよう働きかけや調整が必要である。

(D) R4システムでは、別添3：A-1：インテーク（ニーズ・アセスメント）シート及び別添5：A-2：インテーク（適性アセスメント）シートの情報をもってサービス利用判定会議を実施することを想定しておりますが、そのことについて、ご意見をお伺いします。

利用しやすいが64%ともっとも多かった。漏れが少なくなる、無駄が少ないといった意見が最も多かった一方、項目を追加すべきといった意見や、書き手、読み手ともに手間であるといった意見など、全体の意見としては賛否両論であった。

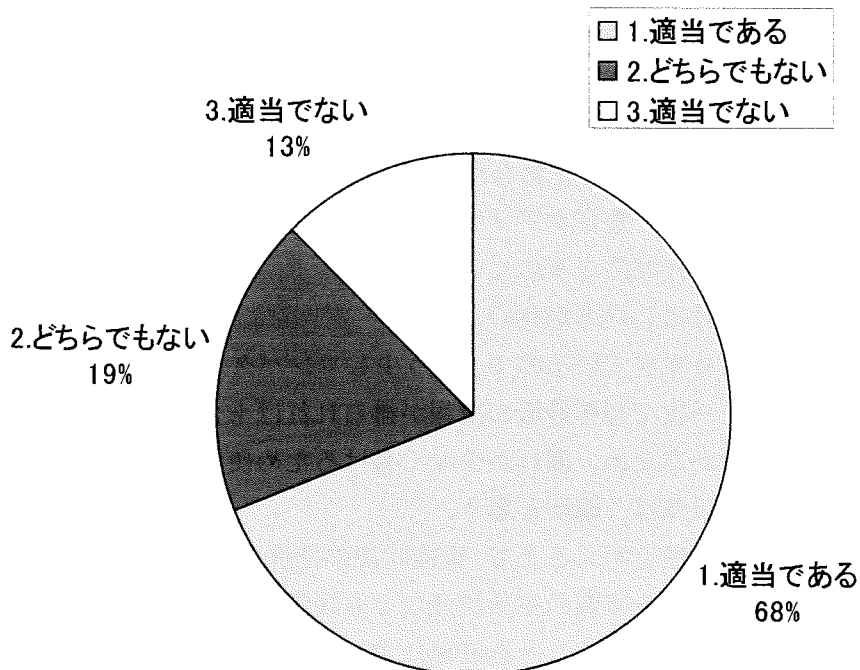


3. 上記(D)についての意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ 二枚のシートで利用者本人の情報は十分得られるが、家族の関わりが十分に見えてこない。施設を利用する上で家族との関係を知ることは不可欠であり、なぜ利用者、家族が施設を必要としたのか別紙4プレ・インテーク・シートを使ってアセスメントが欠かせないため。■ A-1. A-2のシートのみで判断するのは難しかった。 他のサービスの利用状況などの情報が必要だと思った。 居宅ケアマネジャーのサービスに対する意向を確認できない。■ 判定会議で別添3.5の2シートがあれば、ご利用者さんの状態がイメージしやすい。■ 2つのアセスメント・シートを使用することで、利用者の状態像がつかみやすく、利用者、家族のニーズも把握できるとおもう。各職種がインテークに関わることも詳細な状態がわかると思われる。暫定ケアプランの作成も他職種の意見を取り入れやすく、偏ったケアプランの作成になりにくいと思う。■ 記入方式より○するだけにした方が良いと思う。 全体的にマスを多く取りすぎているので、もう少しコンパクトに、又、簡素化できるようなシートが良い。一枚で必要最低の情報が得られれば十分ではないか…。■ 判定と暫定が同一紙であるため、漏れが少なく書けるため使いやすい。■ 暫定ケアプランの項目以外は、適切と思う。■ 長期プランや今後の方向性を考える上で、家族状況の把握が様式の中では不足しているように感じる。経済状況や家族の生活状況なども評価する項目が必要ではないか。■ アセスメントを記述で細かく書くことを前提にすれば、判定会議での使用は可能と思うが、書く側も読み込む側も、大変。判定に必要な情報の「項目」としては、最低限作られていると思うが、当施設の判定会議を想定して考えると、不十分。■ 聞き取り情報がちょうど良いと思います。■ アセスメント・シートと判定会議録が一体化しているので、ムダが少ないと思う。■ ワンシートで一連となるため、インテーク情報等を共有しやすい。また、その場で専門職の意見や援助方法を取り入れることができる。■ ワンシートのため、判定会議時に記入できることから手間が省ける。■ サービス利用開始時の判定会議資料として理解できたのですが、定期的な入所判定会議のシートは別にあるか？それともモニタリング後に再度このシートを用いての判定会議になるのか？■ 可能な限り多くの情報を入手して会議を開催できればいいが、入所前に各情報を提供してもらえるよう働きかけが地域によっては必要ではないか？

(E) R4システムでは、サービス利用判定会議後、別添5：A-2：インテーク（適性アセスメント）シートの「サービス利用判定会議」の欄を記入し、このシートを入所から最初のケアカンファレンスまで（ケアプランができるまで）の間、暫定ケアプランとすることにしてはありますが、そのことについて、ご意見をお伺いします。

適当であると回答した施設が68%と最も多かった。利用者情報の把握が容易になる、暫定ケアプランにかかる労力軽減など、メリットを実感している施設が多かった。

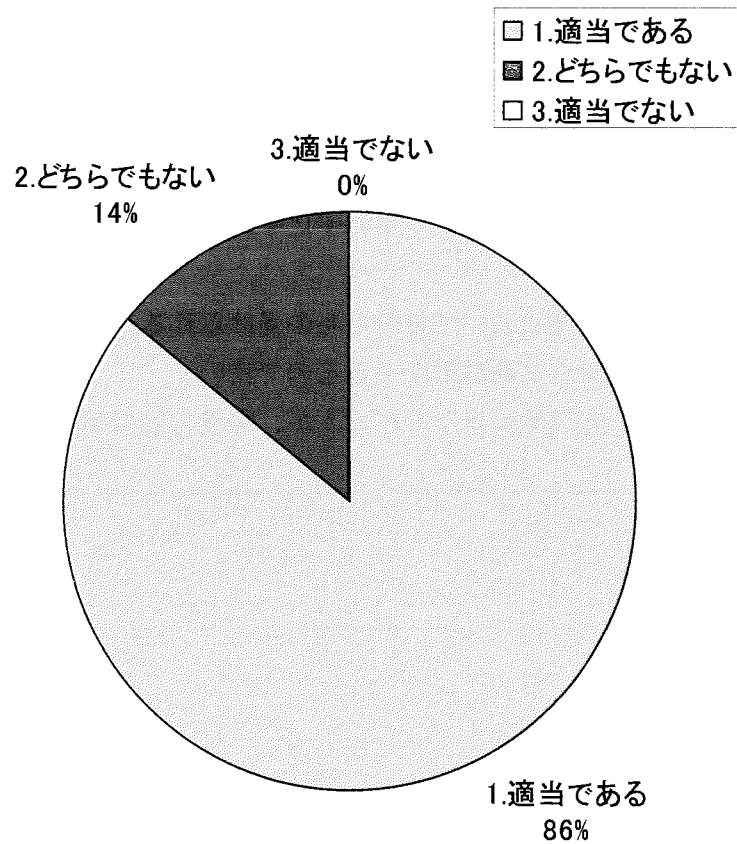


上記(E)についての意見

意見の内容	
■	インテークから暫定ケアプランまでの工程は簡潔にしたい。利用者面接、自宅訪問を経てさらにアセスメントを行うことでケアプランの目標がより具体的になる。暫定ケアプランにかかる労力が軽減するのは好ましいことである。
■	あえて、このスペースを利用すべきかがわからない。
■	利用者情報が多数書かれていることで、利用者をケアする上で必要な情報の把握が容易になるのでは、そのため暫定ケアプランのサービスをなぜ提供するのかの意味が理解できると思う。
■	判定と暫定が同一紙であるため、漏れが少なく書けるため使いやすい。
■	利用者情報が多数書かれていることで、利用者をケアする上で必要な情報の把握が容易になるのでは、そのため暫定ケアプランのサービスをなぜ提供するのかの意味が理解できると思う。
■	インテークから暫定ケアプランまでの工程は簡潔にしたい。利用者面接、自宅訪問を経てさらにアセスメントを行うことでケアプランの目標がより具体的になる。暫定ケアプランにかかる労力が軽減するのは好ましいことである。

b) この暫定ケアプランに短期集中リハビリ加算等の有無を記載し、入所後、すぐに加算が算定できるように利用者の同意（サイン）を頂く欄を別添5：A-2：インテーク（適性アセスメント）シートの裏面下に設けましたが、そのことについてお伺いします。

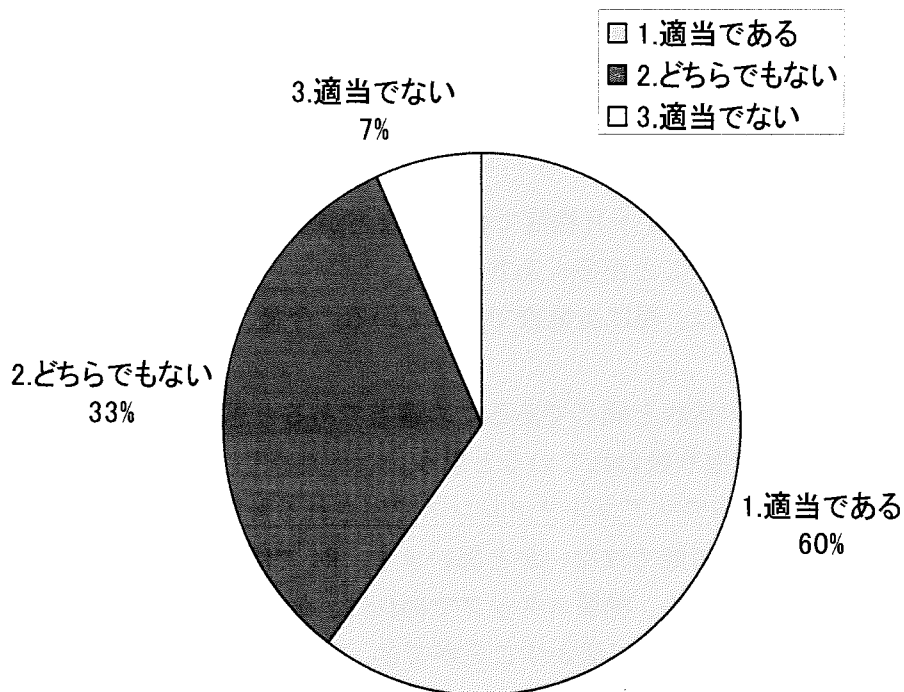
適当であると回答した施設が86%でもっとも多かった。手間が減ると回答した施設が8施設ともっとも多い意見であった。そのほかには、時間差がない、効率が良いなど、肯定的な意見がほとんどであった。



意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ 包括的に同意をもらえるというのは手間が減り有難い。■ 別紙で暫定のリハビリテーション計画書を用意する労力が軽減できるため好ましい。■ 入所後サービス担当者会議まで期間が空き、加算の同意を得るため、時間的なラグが生じていたことから、有益である。■ 加算については、時間差がない為よいと思う。■ 大変効率が良いと思う。■ 現在、入所時にケアプラン説明においては、3枚の用紙に署名してもらうことになるため、1枚で対応できたほうが良い。■ 加算の同意を得るという点では非常に効率的で良いと思います。■ 利用者に一度に何枚も書類にサインを求めずにすむので、お互いに負担が軽減できると思う。■ 利用者・家族に対し、老健において自分たちの受けられるサービス内容が明確になりよい。また、職員間でも共通理解ができるので良い。■ 老健なので、リハ中心の加算項目なのだろうが、栄養や他の加算項目はなくて良いのか？

(F) 全老健では、入所から最初のケアカンファレンス（ケアプランができるまで）の間を「暫定ケアプラン」とし、入所後のアセスメントを経て、最初のケアカンファレンスで出される計画書を「ケアプラン原案」と用語を整理し、その「ケアプラン原案」をもとにケアカンファレンスで検討し、利用者の同意が得られたものを「ケアプラン」と整理したいと考えておりますが、そのことについてお伺いします。

現在取り入れているという施設が複数ある一方、3段階という概念に対し、家族の同意が3回必要、呼び名が分かれるので混乱する、処理が煩雑になるのではなど疑問視する意見も多かった。

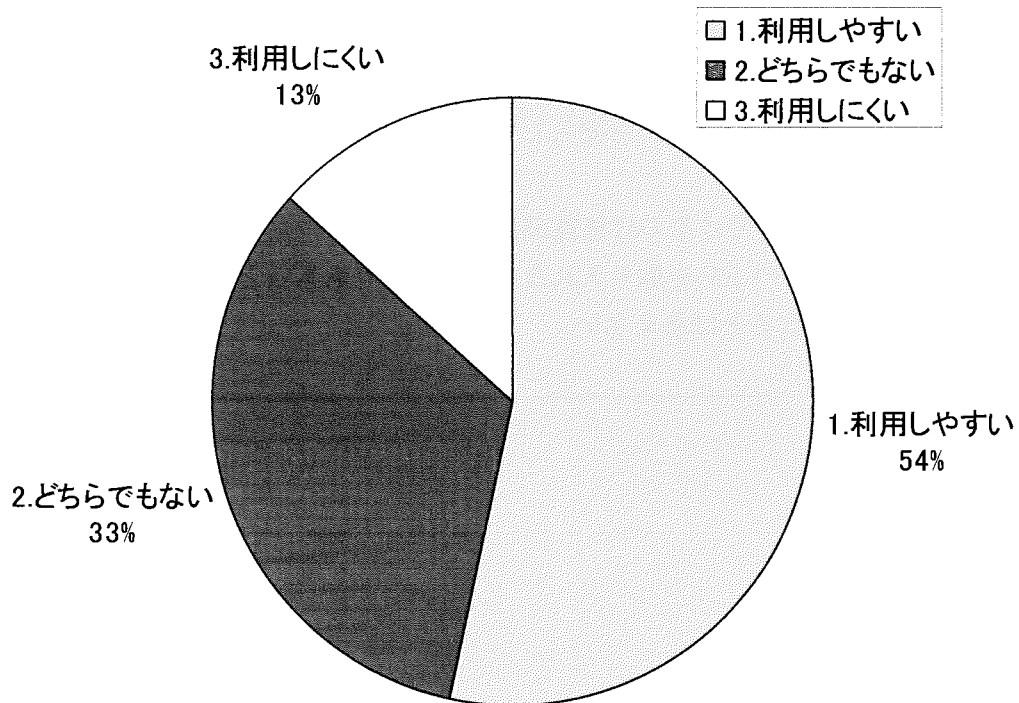


意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ 居宅ケアマネジメントに沿うことが望ましい。■ 入所後のサービス提供については、ご家族の同意(サインを得る)が不可欠であるゆえ、施設職員全員で認識することが出来る。■ ご質問の意味が「ケアプランを3段階に整理し、それぞれの呼び名を共通言語とするのはどうか」ということであれば、3回も呼び名が変わることは混乱するような気がする。■ 現在もその通りなのでいいと思います。■ 説明と同意が3回必要となり、煩雑となってしまうのではないかと？■ 家族からの同意は3枚必要、複雑になるのでは。■ 暫定ケアプランは入所後、変化する可能性がありプランはその人に合わせた方向性で作成されていく為、当施設では暫定もケアプランが変更の毎にサインをいただいています。■ 在宅復帰に忠実な施設では、1ヶ月程度での退所などが多くなり、3段階に分けたケアプランでは追いつかないことが多くあります。■ 「暫定ケアプラン」以外は、現に当施設で行っている。今後、「暫定ケアプラン」として取り入れたい。■ 現在も当施設では上記の流れと同じであるため適当であると思います。■ 一般的にも(F)の解釈で取り扱われていると思う。■ R4での暫定プランと最初のケアカンファレンスで出される計画書を「ケアプラン原案」を共通にすることが可能ではないかと思えます。R4では、より丁寧にインテークを実施することになるため、現場スタッフであれば、ある程度、丁寧に得られた情報により、施設生活にどのように活かすことができ、実施が可能かどうかは考案できるため、サービス利用判定会議が最初のケアカンファ同等と位置づけできる。■ ケアプランに利用者・家族の意向の記載欄がないのはどうしてか？本人・家族参加型のケアプランにするためにも<入所目的>という項目でなく別の項目欄を設けたほうがいいと思う。

(G) 別添2 : 「ICF レベルアセスメント (Level assesment based on the ICF : LABICF) (仮称) マニュアル」についてお伺いします。

a) 従来の要介護度「手のかかり度」ではなく、利用者の生活機能状態をレベルで表すこの ICF レベルアセスメントを利用しての感想及びご意見等をお伺いします。

利用しやすいと回答した施設が 54%と最も多かったが、レベルの判断基準が難しいという意見がもっとも多く、中には5段階での表現は無理という厳しい意見もあった。



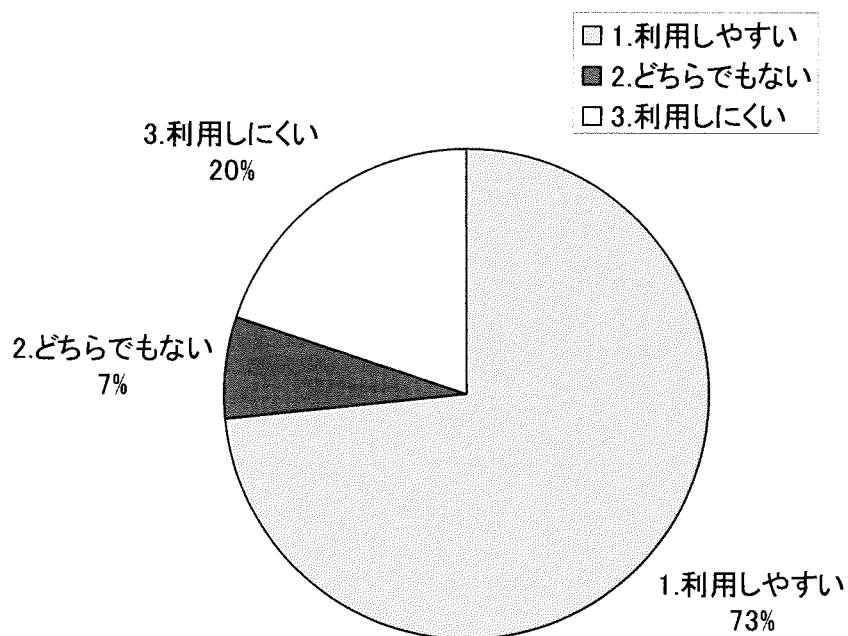
3. 利用しにくいを選ばれた方の意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ T A I 方式を利用しているので、似ている。イメージし易くなるのではないか。■ レベル評価(数字)だけでは、利用像を判断しにくい。認知機能評価の項目と記載欄の分量が少なく書きにくい。■ 認知症の方を把握しづらい、特記を多くして状態をわかりやすくしたほうが良いと思う。■ ICF レベルの判断基準に慣れる又は覚えるまで、相当時間がかかりそう。■ どのレベルか判断に迷うことがある。例えば、「2. 基本動作スケール」で、柵や手すりにつかまっただけの立保持(3分間)ができる場合は5と4のどちらか。■ シートへ反映する方法がわからない表があった。■ 当施設のケアプラン委員(CW)2名も、「別添6」を実際に使ってみたが、マニュアルを見ながら、又判断に迷いながら記入していくのは大変な手間であった、と不評であった。■ 各項目、5段階に振り分けるのは無理がある。■ 当施設において、この ICF を取り入れた結果、今よりもっとよいケアプランができる又は作りやすくなるとは思えない。■ レベル設定が難しい。

(H) 別添6：「新全老健版ケアマネジメント方式 ～R 4システム～介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」についてお伺いします。

- a) 別添6：「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」はR 4システムにおけるR 1 (4つのアセスメント)のA-3：生活機能 (ICF) アセスメントを行う上で利用しやすかったですか。

利用しやすいという意見が7割と最も多かった。一方、反対意見としてはレベル設定が難しい、わかりにくい又は使いにくいという意見が最も多かった。

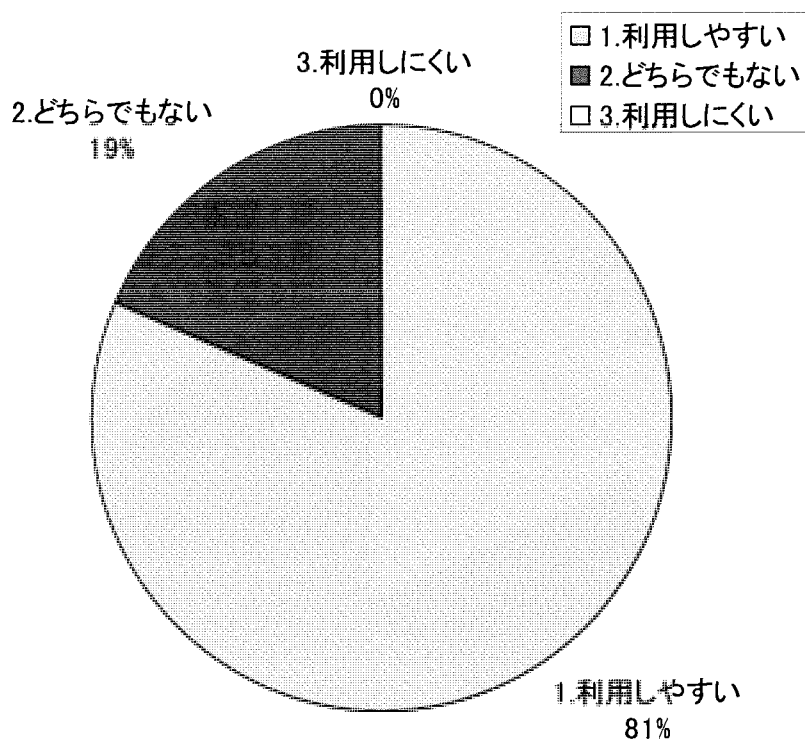


3. 利用しにくいを選ばれた方の意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ 様式は使いやすいが、記載例がもう少し具体的であって欲しい。また、利用者の特性に応じて複数の記載例があると良い。■ レベル評価(数字)だけでは、利用像を判断しにくい。認知機能評価の項目と記載欄の分量が少なく書きにくい。■ 4-d、6-b 欄などは記入方法がわかりにくいです。■ A-2 シートと同じく記述が増えるので、使いにくい。A-3 の内容をケアプラン表に載せる必要性はないと思う。特記事項を書くにも欄が小さすぎて、受け取った家族(特に高齢の)も読みづらいと思う。■ ICF アセスメントを使用すること自体慣れていない。

b) 別添6：「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」はR 4システムにおけるR 1（4つのアセスメント）のA-4：専門職（チーム）アセスメントを行う上で利用しやすかったですか。

利用しやすいと回答した施設が81%ともっとも多かった。一方、利用しにくいと回答した施設の意見としては、シートをケアプランと分けたほうがよいという意見もあった。



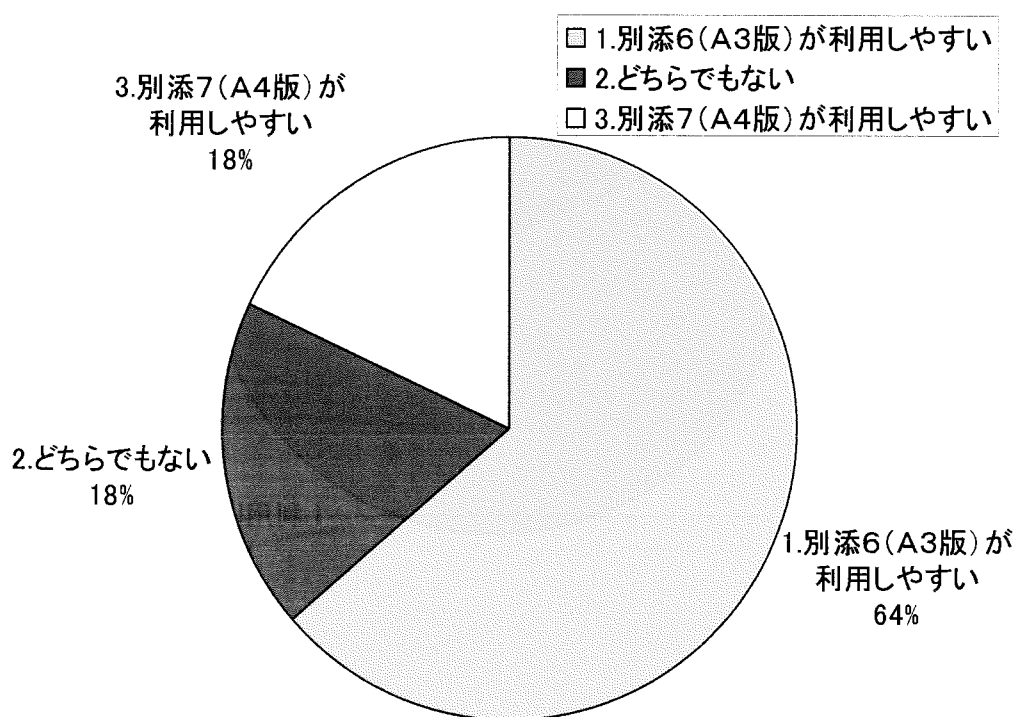
3. 利用しにくいを選ばれた方の意見

意見の内容	
■	1 書式で各職種からのアセスメント及び実施計画の要点がわかる為わかりやすい。ただし、ケアプランと同一書式ではないほうが良い。
■	すべての職種が統一されたアセスメント・シートを活用することで、判断の根拠にばらつきが少なく、かつ、全体像を把握しやすい。

c) 別添7：「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」(A4版)は、別添6(A3版)をA4版に体裁を変えたものですが、別添6と別添7ではどちらが利用しやすかったですか。

A3版が利用しやすいと回答した施設が64%と最多であった。理由としては、内容を一目で確認できるという意見がもっとも多かった。

一方A4版が利用しやすいと回答施設の理由としては、A3だと煩雑に扱われてしまうという意見がもっとも多く、次いでプリンタがA3に対応していないという意見が多かった。

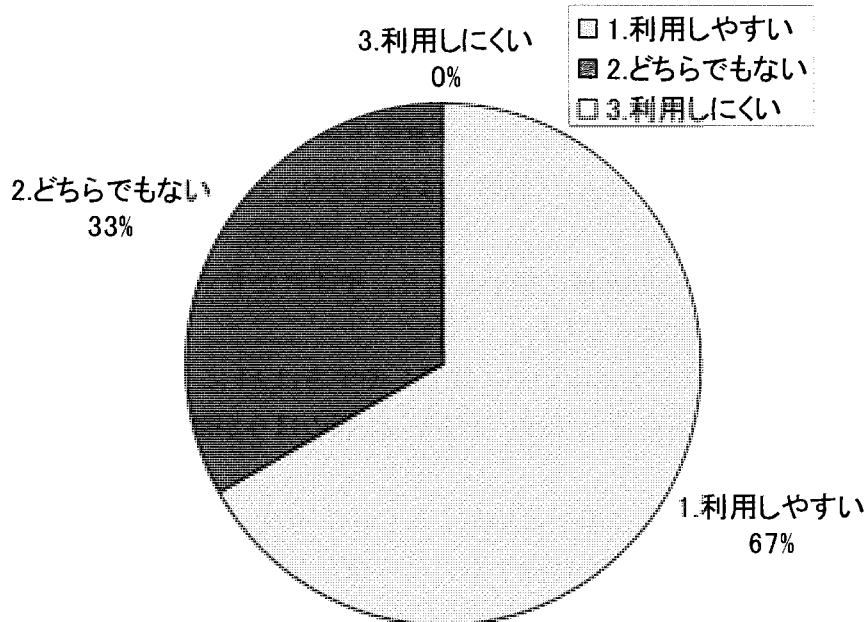


意見の内容

- A4サイズで書類を扱っているため、保管しやすいので。
- ①使用しているプリンタがA4に設定してあるため。
②当方の様式がA4を基本としているため。
- レイアウトが若干A3版の方が広く感じる。内容を一目で確認できる(いちいち裏表を見返す必要がない。)カルテをファイルするにはA4サイズが便利だとは思いますが、本人、家族への説明等の際に、横に流れて説明できるので良いかと思う。
- 全体が一目瞭然で見やすい。本人の状態とすべきケアプラン、サービスの内容がわかりやすい。
- 1枚で全体を把握できるから。
- 一度に俯瞰できる。
- ケアプランは、利用者様の状況に応じてその都度作成しなければならない為。
- 週間計画表は別紙作成のほうがよい(施設では変更少ない為)。
- 見やすい。
- A3版はカルテに挟んでいる間乱雑に扱われたり、やぶれたりすることがあるため、A4版が望ましい。(両面になっても)。
- 一覧のしやすさからはA3の方がよいが、保管しやすさはA4に分がある。
- 利用者や家族に説明するものとしては、大きいA3版のほうが使い勝手がよく、保存用としてはA4版がよい。
- 多職種がワンシートに記入する際には別添6のシートを用いて手書き入力し、それからケアマネが裏面にケアプランを作成するという流れならば別添は必要かと思うが、システム化されるならばどちらとも言えない。
- 別添7でも左半分がチームアセスメントのため、右半分がケアプランというように理解できるので、別添7のみでもよいのではないかと。

d) R4システムでは、A-3：生活機能（ICF）アセスメント及びA-4：専門職（チーム）アセスメントの情報をもってケアカンファレンスを実施することを想定しております。利用するシートとしては、現在別添6又は別添7：「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」としてありますが、このことについてご意見をお伺いします。

利用しやすいと回答した施設が67%ともっとも多かった。理由としては、記入しやすい、施設間で共有できるので良いという意見が目立った。一方、反対意見としては具体例がほしいといった意見や、各施設での独自のルールが生じないようにしたいという意見など、細かいガイドラインの設定をあげる声が複数あった。

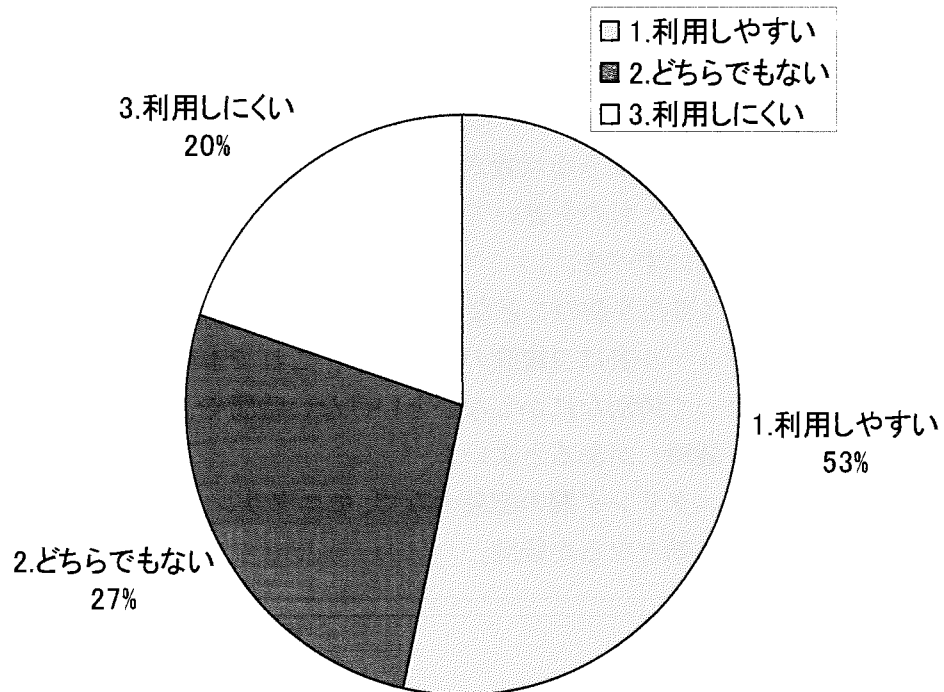


上記でd)についての意見

意見の内容
■ 記入しやすい。
■ 認知機能のレベル評価は、レベルの評価になっていない。
■ システムが標準化することで職員教育に役立てることが可能になる。
■ 具体例がほしい。
■ 施設間での共有ができるのでよい。
■ 週間計画表はほぼ変わることは無いので毎回提示する必要はないのでは。
■ 自立度の上段がよくわからない。
■ 「生活不活発病」紛らわしいので必要ない。
■ 「健康状態」・「合併疾患」・「最近の変調等」の欄、必要ない。
■ 「入所目的」はどのような内容？意向？手引きの説明も意味がわからない。
■ ケアプラン表に「担当ケースワーカー」の欄が必要。
■ 枠が狭い。
■ リハ計画も栄養計画も含めてというイメージで総合的な計画書だから適切だと思う。
■ 一枚で全体が進行していくことは大変助かる。
■ ローカルルールが生じないように確認してほしい。

- e) 別添6又は別添7：「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」は、R4システムにおけるR2(ケアプランの作成)及びR4(変化のチェックとモニタリング)を行う上で利用しやすかったですか。

利用しやすいと回答した施設が53%ともっとも多かったが、手間を指摘する意見や、項目に対する細かな意見など、否定的な意見や疑問の意見が多かった。

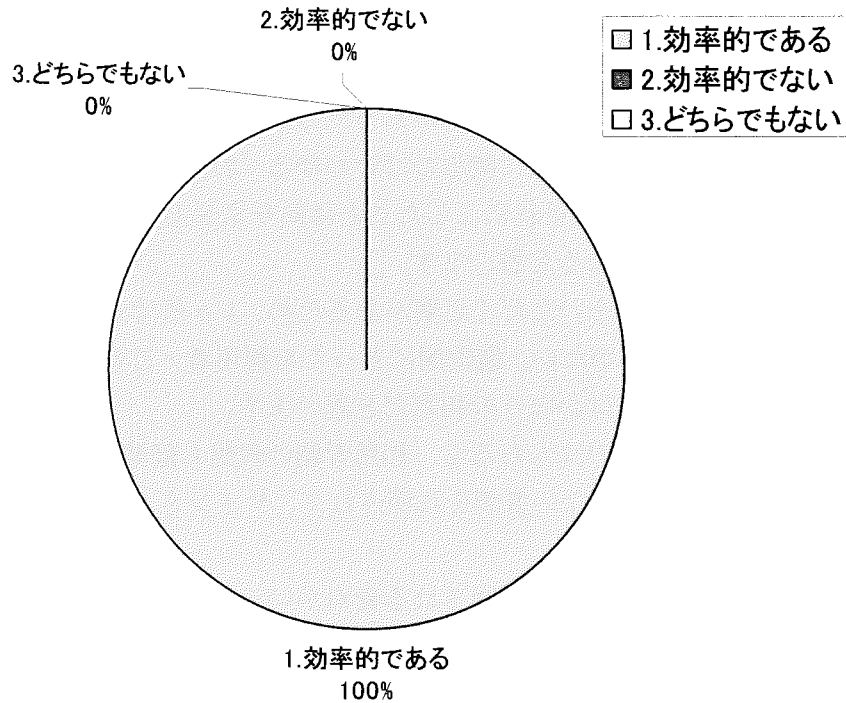


3. 利用しにくいを選ばれた方の意見

意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ 様式の問題でなく、今回は新規利用者を事例としたため、モニタリングまで十分な時間が確保できなかった。■ 特記の欄が必要。■ 具体的な数字で記入することと、選択方式(矢印)なのでやりやすい。■ 施設ケアプランは居宅違い、基本3ヶ月毎に見直されているので、長期目標・短期目標に分ける必要はない。従って、期間も不要。それよりも、サービス内容に応じた項目を書いたほうがわかりやすい。■ 今書いている第1表の援助方針は書かなくていいのか。■ R4 システムの「モニタリング」は、「評価」という捉え方でよいのか。■ モニタリング②の記入例のような点数式では、次のケアプランの良いつなぎにならない。もっと詳しく評価したものを書いて(例えば、実行できなかった理由)、次のケアプランを作成する材料にすべき。■ 施設では、三大介護は当たり前のことなので、このような細かいタイムスケジュールは不要。週間スケジュール表は当施設のものだが、これで十分。■ その人(利用者)にとって特別なにかしなないといけない時間や、常に注意しないといけない内容が書ける「随時」があるとよい。■ 変化のチェックとモニタリング欄の記載のみで、モニタリングが行われていると介護保険指導においても有効となるか疑問。

- f) 別添6又は別添7：「介護老人保健施設ケアプラン総合計画書」は、このシートで1枚でモニタリングまで含めて記載できるようにしており、このケアプラン総合計画書に利用者・ご家族からの同意が得られれば、「リハビリテーション実施計画書」及び「栄養ケア計画書」に改めて別に同意を得る必要がないようなシートにしたいと考えておりますが、そのことについてご意見をお伺いします。

全施設一致で効率的であるという評価であった。時間短縮、効率的、わかりやすいという意見がもっとも多かった。ワンシートという点を効率的と評価する施設が多かった。



意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ 利用者、家族の立場では計画書が複数になるよりも効率的であると考え。施設側としては、実地指導の時にどのように説明すれば良いのか享受願いたい。■ ご本人、ご家族にとっても確認するシートがひとつにまとまっていると、わかりやすいと思う。■ ケアプラン、リハビリ、栄養計画書が、ひとつにまとめれば、ご家族が利用者に対して説明、サインを頂くことの負担、時間の無駄が省けると思う。■ シート1枚で同意を得られることは非常に有効、かつ効率的と考えるから。■ 総合計画書とは別に「リハ実施計画書」ならびに「栄養ケア計画書」が作成しなければならないのであれば、作成する専門職にメリットが少なくなってしまう。■ ケアプランで同意を得るのであれば、リハ計画書、栄養計画への同意欄は必要ないと思うが各計画については家族に説明があった方がよい。リスク管理の上で！■ サインをいただく書類が多岐に渡るのはいわゆる「お役所的」であり、非効率的と考えます。1枚ですむのならそれにこしたことはありません。但し、各欄は小さいので、あくまで要点の記入になると思います。■ 現在、複数ヶ所に署名をいただく必要があるため、1ヶ所で対応可能であれば、効率的である。非常にありがたい。施設側にとっても利用者・ご家族にとっても一度で済ませられるということはかなりの利点だと思います。■ 施設側の手間が省けるのはもちろん、利用者側の負担も軽減されるのが良い。実際、何枚も見ることがない書類を説明されて、サインさせられるのは、負担に感じる人も多いと思う。■ 家族のことを考えると同意や説明される資料がいくつもあり、丁寧に家族に説明をして同意は得ても、本当に理解しているかどうかは不明な点もある。老健での全ての援助内容や利用者の情報を一元化して伝えることで、本当の意味で本人や家族も理解しやすいと思う。■ 職員側からも、利用者の状態把握や他部門が考える問題点や施工していることなどがワンシートを見ればわかるという点は、ケアの統一も図ることができ効率も良いと考える。

- g) その他、R4システムのシートについて、何かご意見・要望がございましたらご記入下さい。

意見はまちまちではあるが、便利という意見が目立った。

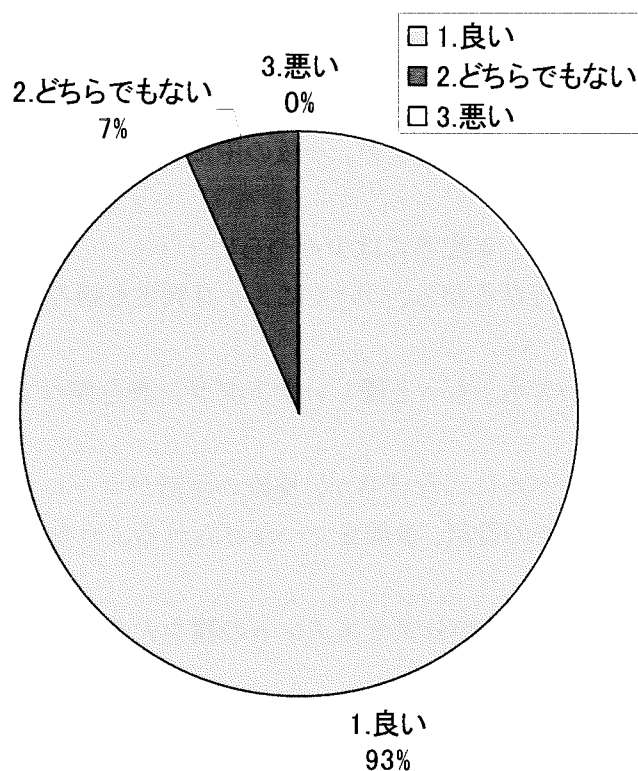
その他、R4システムのシートに対する意見

意見の内容
■ 入力形式がワードになっている方が入力しやすく感じた。全老健としてケアマネジメントシステムを標準化していただくことができれば、施設研修の時などに役立つのではないかと感じた。ケアプランの実施、確認についても今回の例のような具体的な様式や方法を示すことで老健間の情報共有につながると感じた。
■ 監査などでは、サービス計画のモニタリングに、本人、家族の満足度、意見等を入れるよう言われますが、今日提示していただいた計画書には、そういった欄はありませんでした。用紙の限度もあると思いますが、一枚の中に入っていると、やりやすいなあと感じました。
■ 全体に各記入欄が細かいので、年配者には少々つらい・・・ ここまで全部まとめていただけるなら、ついでに3ヶ月判定も組み込めるとありがたい。
■ 職員にとっても家族にとっても、もっと優しいケアプラン表を作ってほしい。全体的に使いにくい。
■ 活動レベルをいかに参加レベルにつなげるか。施設の生活がゴールではなく、在宅がゴールでもない。社会の中での役割、参加までつなげられるようなプランになると良い。
■ 週間計画表は別で渡すとして、その分アセスメントの欄を大きくするのはいかがでしょうか？
■ 各職種からの、現状評価、実施計画内容欄が小さく記入しづらい。大きく枠をとった方が良いと思います。大切な部分なのでよろしくお願いします。

4. R4システムにおけるR3(ケアプランの実施と確認)は、各施設での様々な取り組みがされていることから、各施設で取り組まれている工夫事例を紹介し、自施設にあった方法を取り入れて頂こうと考えておりますが、そのことについてご意見をお伺いします。

(A) 上記についてご意見等をお伺いします。

良いと回答した施設が93%ともっとも多かった。理由としてはケアプラン→モニタリングの流れに苦勞している施設が多くみられ、それが解決できるなら使いたいという意見が目立った。しかし、どう取り入れたらよいか?という意見も同時に見られた。



意見の内容
<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="213 221 1367 300">■ もし、良いプランを立てられても、それを現場に伝えるのにとっても苦勞している。他施設の工夫で参考となれば取り入れたい。<li data-bbox="213 315 1367 445">■ 他施設の取り組みを知ることがなかなかできないため、工夫事例の紹介を希望したい。良いものはとりいれていきたい。ケアプランの周知の仕方や実施状況の確認方法などを知りたい。<li data-bbox="213 461 1367 636">■ 全国的に、「ケアプランの作成→実行→モニタリング(評価)」が上手く行われていないと聞いている。上手くできている施設の事例を元にシステムを作り、それを広めていくことでケアの質の向上につながり、本来の機能を発揮できる老健が増えるのであれば、良いことだと思う。<li data-bbox="213 651 1367 826">■ ケアプランで一番難しいのは確実な実行であるが、それに対する特効薬的な方法はないと思う。カンファレンスを開き、役割・責任分担を決め、モニタリング(ケアの実行のチェックとその他の評価)を地道に行っていくしかない。そのためのヒントとして、いろいろな工夫を紹介することは意味があると思う。<li data-bbox="213 842 1367 972">■ 実施方法や記録の方法が地域や施設によってあまりにも異なり、困惑しているところもある。実施状況の記録や確認方法について、R4の方式により、今回ある程度の標準スケールが確立されることを期待しています。

(B) 貴施設で取り組まれているケアサービス実施記録や各職種と情報を共有するための工夫をお聞かせ下さい。

貴施設で取り組まれている工夫についてご記入下さい。

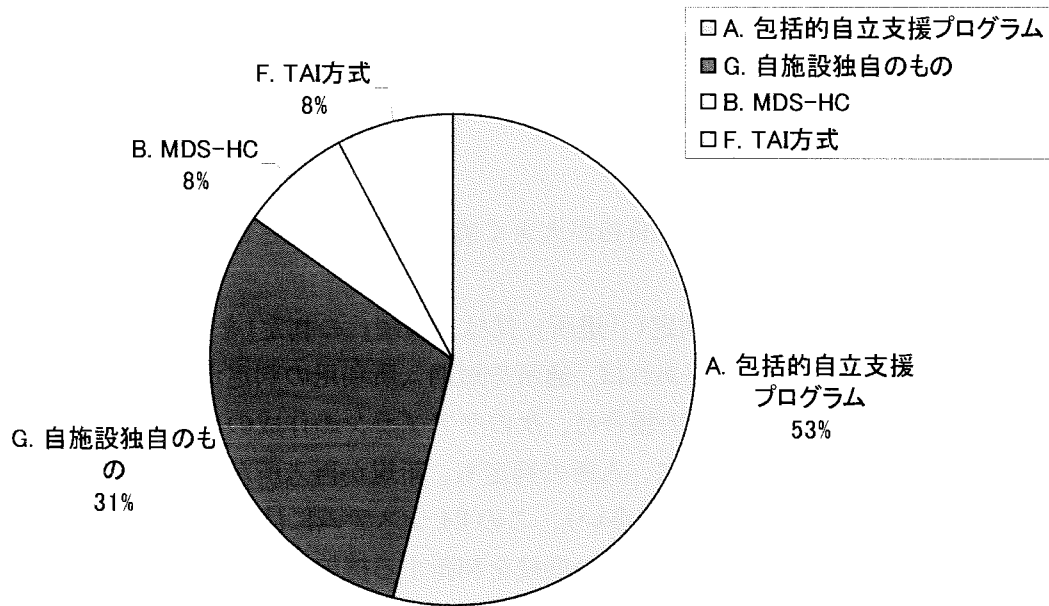
意見の内容
<ul style="list-style-type: none">■ 介護職員に関わるケアプランの実施、記録の方法を模索している。短期集中リハビリテーションの対象者が多い場合は、介護職員が参加するリハビリを工夫するため、短期間で歩行能力の向上が計れたケースでは有効と考えている。■ ケアプラン実施記録表を作成、毎日のチェックと月一回サービス内容について担当者の評価を行うことで、記録の簡略化を進めている。■ 計画書の他にケアチェック表を作成、いつでもすぐにケアプランの確認ができる。記録をするときもケアプランにそった記録をしやすい。■ カードックスを用いたケアプラン周知。■ シグナル周知メモ(終了後破棄する)で周知。■ ケアプランの下段をチェック表にし、プラン確認しながらチェック可能。■ チェック表にケアカンファ 2W カンファ・定期のサービス担当者会議。行った日にそれぞれ印しをつけチェック時プラン確認が行えるようになっている。■ 今回のケアプラン総合計画書と同じ考え方で自施設では全ての計画書と4年前(H18年の改定後すぐ)から1枚にまとめ、サービス計画書として作成し、捺印までもらってきています。このシートを作成する際はケアプラン、栄養、口腔の各計画書で必ず必要な事項をいれることと、各種データをいかに反映させるかが難しかったです。現在は、ケアサービス実施の部分には”ユニット活動表”を作成し、個人のメニューに沿って実績を上げています。■ 相談員だけでは、医療面や介護・看護面等、情報収集力に限界があるため、入所相談よりケースに応じて各職種の職員と共に入所相談面接を行っている。■ 特に書式はありませんが、情報共有という点で、カンファレンスは定例でなく、随時(毎日、時間をフロア毎に変えて)できる体制をとっています。短時間でも多職種が顔を合わせて、意見を出すようにしています。■ ケアプランに変更があった場合は3日間連続で申し込む。プランは業務日誌に挟んでおいて回覧する。■ すべての部署がネットワーク PC で連携しており、どの部署も現在の支援経過もアセスメントもプランも閲覧、入力可能となっている。

その他、「新全老健版ケアマネジメント方式～R4 システム～」について、ご意見等がございましたらご記入下さい。

意見の内容

- 「R4 システムの心」は良いし、同意を包括的にもらえる、暫定ケアプラン作成は効率的である。今後、実際に使用して改良し、入所目的別等でシート(項目)を変更してはどうだろうか?
- 大いに期待しています。
- 今回は紙媒体だったため、入力に負担が大きく感じた。電子化されたものを試してみたい。
- 当施設では、入所者の見直し判定(「退所」又は「継続」の判定)をする際、「退所」判定と同時に、利用者の意向があれば、通所や短期入所利用の判定ができるような書式になっている。又、「継続」の場合は、次のケアプランの作成のためのアセスメント機能も備えてある。そのほかに、入所の判定も、新規か再入所かわかるようになっている(当施設ではリピーターが多い)。この R4 システムには、ケアプランのモニタリングまでしかないため、サービスの継続を判断する機能や次回ケアプランのためのアセスメント機能が備わっていない。こういった点からも、このシステムは当施設に合わない。(テキスト P4 にも「在宅ケアとの連続性」と書かれているが・・・?)
- 施設版でもなく在宅版でもない、「老健」の本来の目的や役割を意識できる、画期的なシステムだと思います。全国的に浸透すれば全体の底上げにつながるのではと思います。
- ADL 面は ICF レベルアセスメントで状態像を明確に把握でき、目指すべき状態もわかりやすいのでプランに反映しやすい。しかし、認知症、特に BPSD への対応に関するケアについては立案者の知識に左右されている部分が多いかもしれない。(どのアセスメントツールでも同じではあるが・・・)

6. 貴施設で現在使用しているアセスメントツールをご記入下さい。



7. 現在使用しているアセスメントツールの使用で工夫していることや悩んでいること
をお聞かせ下さい。

意見の内容

- 定着してはいるが、入力にかかる労力を軽減したいと考えている。
- 元々はMDS、包括などを用いていたが、作業量が多く負担が大きいため、現場スタッフがアセスメントに馴染めなかったので、施設独自のツール(細かく状況を書き込むタイプ)を使うことで、全体のアセスメント技術のレベルアップを図った。現在、R4システム導入への準備もかねて、「包括」に切り換えている。(チェック式に慣れるため)
- アセスメント-評価につながらない。
- 様々な評価スケール(FIM、MMSE、COGNISTAT、GBS等)や血液データ、口腔アセスメントなど専門職が評価したもの、数値をいかにプランに反映させるか。何のための評価か何のためのケアプランか、という大きな壁があります。
- この13年間、改良を重ねて作ってきたものを使っており、不足を感じていない。入所の相談からケアプランの作成・実行・モニタリング・評価、対処、さらにはレポート利用に至るまで、全職種が共通の理解の下、上手く機能していると自負している。
- 自立支援についてICFの概念を取り入れ、寝たきり、高度の認知症でも自立支援ができない(心身機能を構造や活動の向上だけに目を奪われる)ことが内容に取り組んでいる。
- 各老健ではすでに様々なケアプランシステムが導入されていると思う。新たなシステムの導入は経済的にも困難であるし、既存のデータの移行ができなくては困る。是非とも新システム業者に周知してほしい。
- 利用者と家族に支援計画を説明し同意をいただく場合に、ワンシートでいいとなれば混乱も業務負担も軽減されると思います。

第4章 考察

今回のアンケート調査は、新しいケアマネジメント方式（新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～）をより効率的且つ効果的なケアマネジメント方式に発展させるため、現場で実際に試用していただき、意見を伺うことを目的として実施したものであった。

15施設にアンケートを依頼し、14件の回答を得ることができ、その全てが有効回答であった。

全体の肯定率としては72.3%と高い評価を得ることができた。

特に、大問2の(D)を見るとR4システム全体の流れに対する意見として、75%の施設で肯定意見を得ることができた。

また、R4システムの重要な要素であるそれぞれのシートに関しても、大問2の各問を見ると平均で66%と高い肯定率を得ることができた。

全体的な肯定意見の要約としては、「業務の効率化に大きな影響を与える」、「老健としての方向性が明示的になる」、「画期的なシステム」といった意見があった。

反対に、否定意見としては、「枠が小さい」、「特記欄が欲しい」といった使い勝手に関する指摘と、レベル評価や職員教育など、オペレーションに対する不安を上げる意見が多い印象を受けた。

ほかにも個別の指摘は多々あったが、全体としては択一式の問すべてにおいて否定が肯定を上回ることはなかった。

結果としては、多少の改善点はあるが、現場での理解をいただき、高い評価をいただけたと考えられる。

第5章 結論

介護老人保健施設（以下、老健）がその本来目的を達するためのケアマネジメントを考え、今回「新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～」を考案した。その特徴を改めてまとめると次のようになる。

- ① インテークを重視（入所前のニーズアセスメントと適性アセスメント）
- ② リスク管理を考慮した暫定ケアプランの作成
- ③ ICFアセスメント+専門職アセスメントの合体によるチーム（多職種協働）ケアマネジメント
- ④ ケアプランの周知とケアプランに則ったケアの実施と確認の徹底
- ⑤ ICFを論拠とした身体・認知機能の評価指標の作成と導入
- ⑥ ケアの結果としての身体・認知機能の随時の再評価によるモニタリング機能の徹底
- ⑦ 2つのモニタリング機能の徹底
 - ケアプラン内容とケア実践の過程の検証
 - ケアの実施の結果としての身体・認知機能の評価
- ⑧ ケアプラン総合計画書へのリハビリテーション・栄養・口腔ケア計画の一体化
- ⑨ 暫定ケアプランへ各種加算の可否の記載による、入所直後からの充実したケアの実施体制の確保
- ⑩ 利用者・家族がご理解いただきやすい帳票の簡素化と作図の導入

今回の調査を経て、その全ての過程において高い評価（53.3%～100%の適切との評価、平均で72.3%）を得た。ただし、改善を望む点の指摘も少なからずあったため、今回のアンケート調査実施後に更に改善点を修正した新しいバージョンを作成することができた。本来は、我々老健の利用者とその家族にとって、より質の高いケアが実践され、住み慣れた我が家や地域での安心した生活を暮らし、より充実した人生を送れるようにすることが大目的である。そのための【考え方としてのケアマネジメントシステム】を模索した結果が、今回のR4システムである。今後の課題としては、次のようなことも考えられる。

- ① 電子化システムの構築による、省力化と簡潔化
- ② 詳細かつ理解しやすいR4システムのテキストの作成
- ③ 入所だけではなく、通所リハビリや居宅系サービス事業所への本システムの周知

全国の老人保健施設のみならず、施設ケアマネジメントの在り方を考える大切なツールとして、本システムが広く国民に理解できるような広報活動も実践していきたい。

第6章 完成版シート

第1節 A-1 (インテーク: ニーズ・アセスメント) シート

入所・短期入所・通所

A-1 インテーク: ニーズアセスメント・シート

新規・再利用

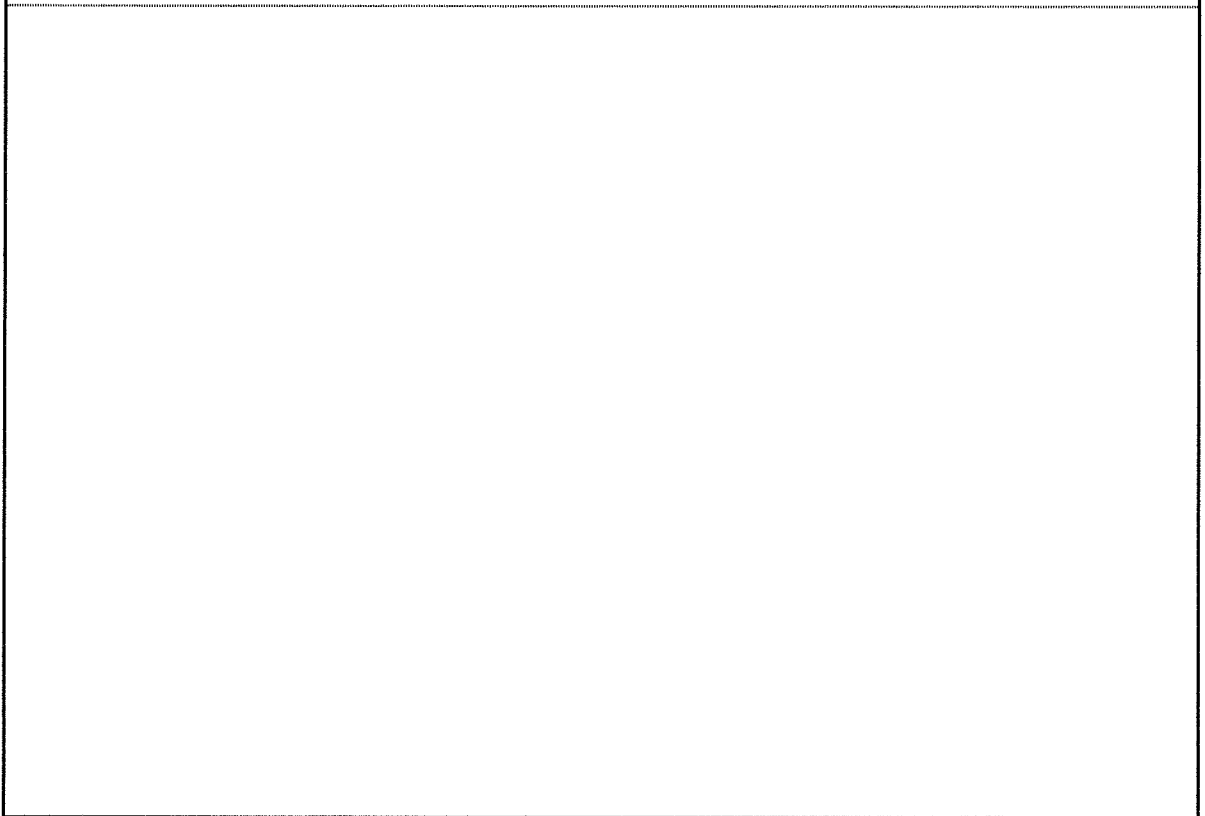
氏名	性別	M・T・S			ID	
	男・女	年	月	日	歳	登録日
保証人:		(続柄)	住所: TEL.			
緊急連絡先: ① (キーパーソン)		②		③		
名前:		名前:		名前:		
住所:		住所:		住所:		
TEL1:		TEL1:		TEL1:		
TEL2:		TEL2:		TEL2:		
TEL3:		TEL3:		TEL3:		
介護保険	保険者:		被保険者番号:		利用者負担段階	
	要介護度	有効期間:		自立度 (障害/認知)		
	居宅介護支援事業者:			担当介護支援専門員:		
	保険者意見等:			かかりつけ医:		
	発症日時	病名	治療状況等(入院・通院)			医療機関
既往歴						
現病名						
生活史 (インテークまでの経緯)						
趣味・嗜好等						
一日の過ごし方 6時 8時 10時 12時 14時 16時 18時 20時 22時 						
一週間の過ごし方						
現在の居所:						
特記事項						

第2節 プレ・インターク・シート

プレ・インターク・シート	
ID: 名前:	
<p>これは当施設（介護老人保健施設〇〇〇〇〇）のご利用を希望される皆さまに、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望などをおうかがいするための用紙です。</p> <p>関係者の皆さまともよくご相談をされて、忌憚のないお考えをお書きください。そのうえで次回の面接日にお持ちください。事前にお送りいただいても結構です。</p> <p>※ご面倒な場合などは、無理をしてまで提出いただかなくても結構です。</p>	
サービス利用をご希望されるのは、どのような目的ですか？	
ご 本 人	
ご 家 族	
サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？ また、サービスを利用されるにあたり、私たちにどのような要望がありますか？	
ご 本 人	
ご 家 族	



ご面倒をおかけしますが、できれば、ご自宅の間取りや広さ、庭や近隣の様子がわかる見取り図を描いてください。定規を使ってまで描く必要はありませんし、大まかなことが分かれば結構です。
また、図ではなくても「こんなことに不便している・困っている」とか「手すりがあるといいと思うが、どこにつけると便利なのか？」というような、在宅療養上の困りごとや悩みを記していただいても結構です。



お書きいただいた方（方々）のお名前と続柄

・ _____ () ・ _____ ()
・ _____ () ・ _____ ()

ご協力ありがとうございました。

第3節 A-2：インテーク（適性アセスメント）シート

A-2インテーク：適性アセスメント・シート〔及び(判定後)→暫定ケアプラン〕				作成開始日：	
氏名			添付書類等：		
	レベル		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)
	図等	区分			
1 医療					5a 嚥下機能 5嚥断4吸引3嚥下硬2嚥下柔1
2 基本動作			5立位4移乗3座位2寝返り1		5食べる4食べこぼし3セッティング2食事介助1
3 a 歩行移動			5外出4昇り降り3歩行2移動等1		5【主食】 1. 米飯 2. 軟飯 3. 全粥 4. 7分粥一重湯 5. その他 【副食】 1. 常菜 2. 軟菜 3. ソフト 4. きざみ 5. ミキサー 6. ムースペースト 7. その他
3 b 移動手段	1. T字杖の利用、2. 装具(短下肢装具等)、3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用、4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行)、5. 車椅子の利用、6. リクライニング式車椅子の利用、7. 介助者や付き添いの必要				6 a 排泄動作 5後始末4ズボン3移乗2床上1
4 認知機能	aオリエントーション		5年月日4場所3他者2自分の名前1		6 b 尿意 尿意 便意
	bコミュニケーション		5人間関係4言葉3日常会話2話言葉1		6 c 排泄の形態 1. ポータルトイレの利用 2. 尿カテーテルの使用 3. 人工肛門の使用 4. おむつの使用 5. 尿意を意識することができるか
	c精神活動		5時間管理4算術3長期記憶2意識1		7 a 入浴動作 5出入4援助3座位保持2入浴1
	d 行動障害	A群 拒否 感情 興奮 大声 破壊 投げる	B群 過食 タンズ 徘徊 過眠 繰返聞く 尿失禁		7 b 入浴手段 1. 一般浴、2. 介助浴、3. 座っての機械浴、4. 臥位での機械浴(特殊浴)
	合計数：	合計数：	その他の行動障害		8 整容 a 口腔ケア 5口腔ケ74歯磨き3セッティング 2うがい1
					b 整容 5爪切4髭剃りスキンケア整髪3洗頭2手洗1
					c 衣服 5衣類の替え4ズボン等の着脱3ボタン2片袖1

身体状況等、その他の特記事項

- ・麻痺および拘縮：
- ・筋力：
- ・転倒・転落歴：
- ・視力：
- ・聴力：
- ・認知関連データ：
- ・アレルギー：
- ・嗜好・禁忌等：
- ・その他：

インタビューに関わった専門職のコメント

年 月 日： _____

サービス利用判定会議

新規・再利用 区分： ・入所 ・短期入所 ・通所

開催日	年 月 日	暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)																						
出席者	医師	栄養士																						
	看護師	支援相談員																						
	介護職																							
	リハ職																							
	介護支援専門員																							
判定結果	・適当(一般棟・専門棟) ・不相当 ・保留または延期																							
判定理由	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">サービスの提供</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>・短期集中リハビリの実施</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・認知症短期集中リハビリの実施</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・個別リハビリの実施</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・栄養ケア・マネジメントの実施</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・経口移行加算</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・経口維持加算(Ⅰ・Ⅱ)</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・入所後の早期訪問の実施</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・リハビリマネジメントの実施(通所)</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td>・通所リハビリ計画作成、見直し</td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: right;">有り・無し</td></tr> </tbody> </table>		サービスの提供		・短期集中リハビリの実施	有り・無し	・認知症短期集中リハビリの実施	有り・無し	・個別リハビリの実施	有り・無し	・栄養ケア・マネジメントの実施	有り・無し	・経口移行加算	有り・無し	・経口維持加算(Ⅰ・Ⅱ)	有り・無し	・入所後の早期訪問の実施	有り・無し	・リハビリマネジメントの実施(通所)	有り・無し	・通所リハビリ計画作成、見直し	有り・無し		有り・無し
サービスの提供																								
・短期集中リハビリの実施	有り・無し																							
・認知症短期集中リハビリの実施	有り・無し																							
・個別リハビリの実施	有り・無し																							
・栄養ケア・マネジメントの実施	有り・無し																							
・経口移行加算	有り・無し																							
・経口維持加算(Ⅰ・Ⅱ)	有り・無し																							
・入所後の早期訪問の実施	有り・無し																							
・リハビリマネジメントの実施(通所)	有り・無し																							
・通所リハビリ計画作成、見直し	有り・無し																							
	有り・無し																							

本暫定ケアプランについて、その内容の説明を受け、同意致します。	平成 年 月 日 利用者氏名： ご家族氏名：	説明者
---------------------------------	------------------------------	-----

第4節 生活機能（ICF）アセスメント

A-3:生活機能(ICF)アセスメント		利用者氏名		要介護度	障害老人自立度
		ID:		様	認知症自立度
入所時・ヶ月後の状態 / 評価日: 年 月 日					
レベル	特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		レベル	特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)	
	図等	区分		図等	区分
1 医療	5立位4移乗3座位2寝返り1		5 a 嚥下機能	5嚥断4吸引3嚥下硬2嚥下柔1	
	5外出4昇り降り3歩行2移動等1			5 b 食事動作	5食べる4食べこぼし3セッティング2食事介助1
2 基本動作	5年月日4場所3他者2自分の名前1		5 c 食事形態		【主食】 1. 米飯 2. 軟飯 3. 全粥 4. 7分粥一重湯 5. その他 【副食】 1. 常菜 2. 軟菜 3. ソフト 4. きざみ 5. ミキサー 6. ムースペースト 7. その他
	5人間関係4書言葉3日常会話2話言葉1			6 a 排泄動作	5後始末4ズボン3移乗2床上下1
3 a 歩行移動	5時間管理4算術3長期記憶2意識1		6 b 尿意 便意		1. ポータブルトイレの利用 2. 尿カテーテルの使用 3. 人工肛門の使用 4. おむつの使用 5. 尿意を認識することができるか
	5出入4援助3座位保持2入浴1			7 入浴動作	1. 一般浴、2. 介助浴、3. 座つての機械浴、4. 臥位での機械浴(特殊浴)
3 b 移動手段	A群		7 b 入浴手段		5口腔ケア
	B群			5口腔74歯磨き3セッティング2うがい1	
4 認知機能	拒否 感情 興奮 大声 破壊 投げる		8 整容	5爪切4髭剃りスキンケア整髪3洗顔2手洗1	
	合計数:			5衣類の整え4スボン等の着脱3ボタン2片袖1	
d 行動障害	合計数:		その他の行動障害		
	合計数:		合計数:		
入所後早期訪問の情報(在宅環境の状況)			その他特記事項		

見直し判定		判定日 年 月 日			
各職種からのコメント	介護				
	リハビリ				
	看護				
	医師				
	支援相談員				
本人・家族の意向					
判定結果	退所	退所後に利用が想定されるサービスの検討:	居宅介護支援専門員等への引継事項		
	退所調整				
	入所継続				
	再検討				
	他施設紹介				
判定理由			出席者	医師	栄養士
			看護師	支援相談員	
			介護職		
			リハ職		
			介護支援専門員		

第5節 R4 ケアプラン総合計画書

新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書

利用者氏名	様	障害老人 自立度	委介護度	認定有効期間:	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
		認知症 自立度		介護支援専門員:					Ⓞ	担当者:			
原因疾患				発症及び経過									
専門職(チーム)アセスメント 及び 実施計画内容等の要点													
介護 担当					リハビリ 担当	リハビリ実施計画書の要点:							
医師 担当					看護 担当								
栄養 担当	栄養ケアマネジメントの要点:				支援 相談員 担当								
利用者及び家族の意向						総合的な援助方針							

作成日:平成 年 月 日	目標(長期)	短期集中リハ: 有・無	経口移行: 有・無
		認知症短期集中リハ: 有・無	経口維持Ⅰ・Ⅱ: 有・無

課題/ニード	目標(短期3か月)	ケア項目	ケア内容	担当	評価(日付:)

週間サービス計画書								一日を通して特別必要な対応及び注意点
月	火	水	木	金	土	日		
朝								
昼								
夜								

本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。

同意日: 平成 年 月 日 利用者氏名: _____ ご家族氏名: _____

社団法人



全国老人保健施設協会

〒105-0014 東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階
TEL 03-3455-4165 FAX 03-3455-4172