

介護老人保健施設における適切なケアマネジメント
方式(R 4 システム)の導入の効果と専門職(看護・
リハビリテーション)アセスメントに関する
調査研究事業 報告書

平成 24 年 3 月

公益社団法人 全国老人保健施設協会

第1節 考察

1. R4におけるケアマネジメントの経緯

介護保険制度が始まる以前から、高齢者アセスメントのあり方については、国内外で多くの議論がなされてきた。さまざまな種類のアセスメント手法が開発され、2000年の介護保険制度の施行と同時にさらに広まっていった。

介護保険が介護保険制度施行の前後に開発されたアセスメント手法は以下の特徴を持っていた。

- ①主として在宅の高齢者に対して、どのようなサービスを提供するか、という視点で開発された
- ②利用者の状態を把握するため、利用者の状態を項目毎に区分した(例えば移乗、排泄など)
- ③それぞれの項目について、どの程度の介助が必要か、「全介助、部分介助、見守り、自立」といった評価を行った
- ④それぞれの介助の程度に応じて、介助の目標や内容をケアプランとしてまとめる手法をとった

要介護認定に用いられるアセスメントを始めとして当初のケアマネジメントの考え方は、在宅の介護サービスの援助内容や、介護の手間を考えるには適していたが、その一方で、利用者の自立に向けた取り組みに用いるには困難も生じていた。その理由としては、以下の2点が考えられた。

- ①対象者の変化を把握できない
- ②対象者の障害をいかに介護サービスで埋め合わせるかという視点が中心で、自立支援の視点に欠ける

さて、2001年の世界保健機構の総会において国際生活機能分類(ICF)が承認された。これまでは国際障害分類(ICIDH)により人間が持つ障害を分類していたのに比べ、ICFでは人間の正常な機能を分類することになり、加盟各国において、このICFを統計や研究に用いることを支援するという決議がなされた[2]。

ICFが介護保険施行に1年遅れて世界保健機構において承認されたため、残念ながらICFの持つ障害に対するポジティブな考え方を導入することが遅れたことも、自立支援の視点からのアセスメントの開発が進まなかった一因となっているかもしれない。

これまで、世界各国でICFコードを応用するための検討がなされていた。まず、世界保健機構がICFコードを用いた簡易アセスメント手法としてチェックリストを作成した[3]。しかし高齢者においては、ここで選択されたICFコードの信頼性や妥当性が低いものもあることが、指摘されていた[4]。

また、さまざまな領域において、これまで作成されたアセスメントをICFに置き換えるという試みもなされた。これらはCross linkingと呼ばれている[5]。しかし、個々のアセスメントとICFの定義には隔たりがあり、あまり広まっていないように思われた。

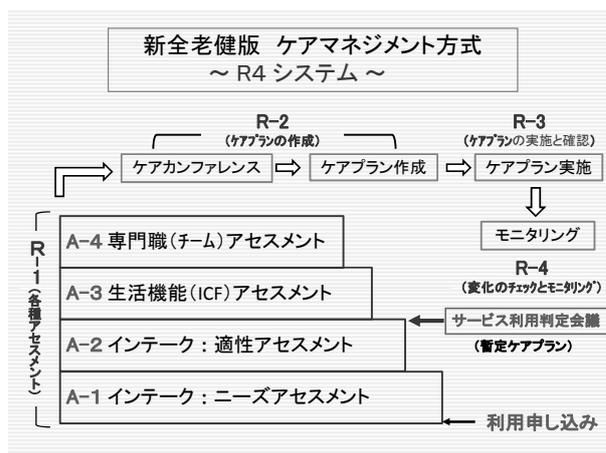
また、ICFには、参加(Participation)、活動(Activity)、環境(Environment)などの用語があり、それぞれがコード化されており、領域毎の特徴についての検討も行われた[6、7]。

実際の ICF コードの応用の代表的なものがドイツおよびスイスで開発された ICF コアセットである。これは、現代の細分化された医療とリハビリに合った形で、ICF コードをデルファイ法を用いて疾患や状態毎に選択したものである。疾患毎のコードセットであるため、関節リウマチと脳血管障害では用いるコードが異なっている[8]。

一方、日本においては介護保険制度があり、年齢で区分された高齢者を対象として、疾患横断的にケアを行う必要がある。介護保険利用者を主として、高齢者全般に利用できる ICF による測定手法の検討を行ってきた。特に利用者の状態を測定できることは、高齢者施設におけるヘルスサービスリサーチの基盤と考えられる。

そこで ICF コードを応用したアセスメントを作成するにあたって、1. 利用者の状態を的確に測定し、変化を把握できること、そして、2. 自立支援に資することを目的とした。

これ以外にも、老人保健施設は、多職種協働のケアマネジメントが可能な場であり、この点を専門職アセスメントとして取り入れた。また入所目的が、その後のケアやリハビリに大きく影響を与えるため、A-1、A-2 アセスメントでは、インテークのプロセスを通じて利用者の利用目的を明らかにすることを重要視した。このような考え方に基づいて作成されたのがR4方式である。



2. ICF の応用可能性の検討

介護保険が施行されてから介護支援専門員は講習会などで、「ICF に基づく」、「ICF 理念に基づく」「ICF 概念に基づく」、「ICF モデルに基づく」ケアプランを立てるよう、行政から指導をされてきた。ところで ICF の理念とはなんだろうか？ ICIDH と比較すれば、これまで利用者の「出来ないこと」「介助が必要な点」といった障害に焦点を当てていたのが、ICF では利用者の「行っていること」「できること」というポジティブな機能に目を向けるようになったことが第一の変化であろう。すなわち、障害を中心に考えるのではなく、正常な機能を中心に考えること、これが ICF の本質である。

現行の介護保険で用いられるアセスメントをみてみると、要介護認定(すなわち包括式自立支援プログラム)の調査項目、FIM、MDS その他の多くのアセスメント方式が、利用者が「出来ない」ことに着目

してケアプランを立てる方法になっている。例えば要介護認定調査項目は、項目毎に利用者の能力で評価するもの、介助の方法で評価するものなどさまざまな評価基準がある。介助の方法で評価するものには「移乗」があり、その評価尺度は、「1.自立(介助なし) 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助」となっている。やはり介護の現場では、「出来ないこと」「介助が必要なこと」が中心になっていると考えられた。

一方 ICF の場合は、評価尺度が、移乗を「行っているか」「行っていないか」あるいは「できるか」「できないか」である。前者の評価尺度は、Performance、後者は Capacity と呼んでいる。

介助の程度で評価すること、そして利用者の実際の状態で評価すること、この二つは、一見、大きな違いはないように思われるかもしれないが、評価基準の違いが、その後の利用者の処遇に影響を与える可能性がある。

例えば、移乗が、一部介助、全介助という結果であれば、その対応策は、「どのように介助するか」ということになる。一方 ICF の場合は、自分で普段から「行う」にはどのようにしたらいいかという視点が容易となる。このように ICF の定義に基づいて、利用者の状態を直接評価すること(介助の状態を評価するのではなく)、とした点が ICF の長所である。

この他、世界保健機構は ICF の長所として、第一に ICF を用いることによって、保健関係者が障害・疾病を持つ人の状況の共通理解を得ることができること、2 つ目は、施設や機関において各サービスの計画や評価、記録を行う際の実際的な手段を提供できること、3 つ目に、各種調査や統計について、比較検討する標準的な枠組みを提供できるということを謳っている[9]。

3. ICF のアセスメントとしての限界

こうした長所を持つ一方、ICF は単なるコード集であり、アセスメント手法ではないという問題があった。すでに述べたとおり、ICF は障害に関する分類ではないため現場ではアセスメントとしてはそのまま使えなかった。

さらに ICF はコードが 1500 近くある。しかも、各コードは人間全体を対象にしており、特定の対象、例えば高齢者向きに作られているわけではない。したがって ICF をアセスメントに用いるためには、高齢者という集団において各コードの信頼性や妥当性を確認する必要があった。

また、ICF では用語が一般的で、高齢者向けに作られているわけではない。高齢者集団で利用しやすい用語を用いて定義を明確にする必要があった。

さらに、在宅や施設で生じる高齢者の問題を網羅しているかという点、そうではなかった。例えば行動障害(周辺症状などの問題行動)というコードは ICF にはない。それに該当するのは機能障害の「精神の機能低下(b14)」となる。つまり、ICF では周辺症状を精神の機能の低下としか表現できない。行動・心理障害という概念が、正常な機能を分類するという思想で作られた ICF では困難になっていた。すなわち、ICF は、多くの領域をカバーするが、介護保険での運用を考慮すると、不足している領域もあった。

そこでまず、ICF の章毎のコードの信頼性および妥当性を検証した[4]。まずテスト再テスト法を用いて介護保険利用者について検討したところ、高齢者において、信頼性および妥当性が高い項目、および低い項目があった。

図1はICFコードのうち、「活動と参加」の章別に信頼性指標であるテスト再テスト法の重み付けカッパ値をプロットしたものである。

対象によって正確に把握できるコードと、そうでないものがあることが分かった。同様に高齢者のケアにとって重要なコードなども検討した。介護保険でも調査されるセルフケア(self care)の領域は比較的信頼性が高く、一方、地域生活(community life)は信頼性が低いことが分かった。このように正しい情報を得るためには、ICFコードのうち適切なコードを選択する必要があることが明らかになった。

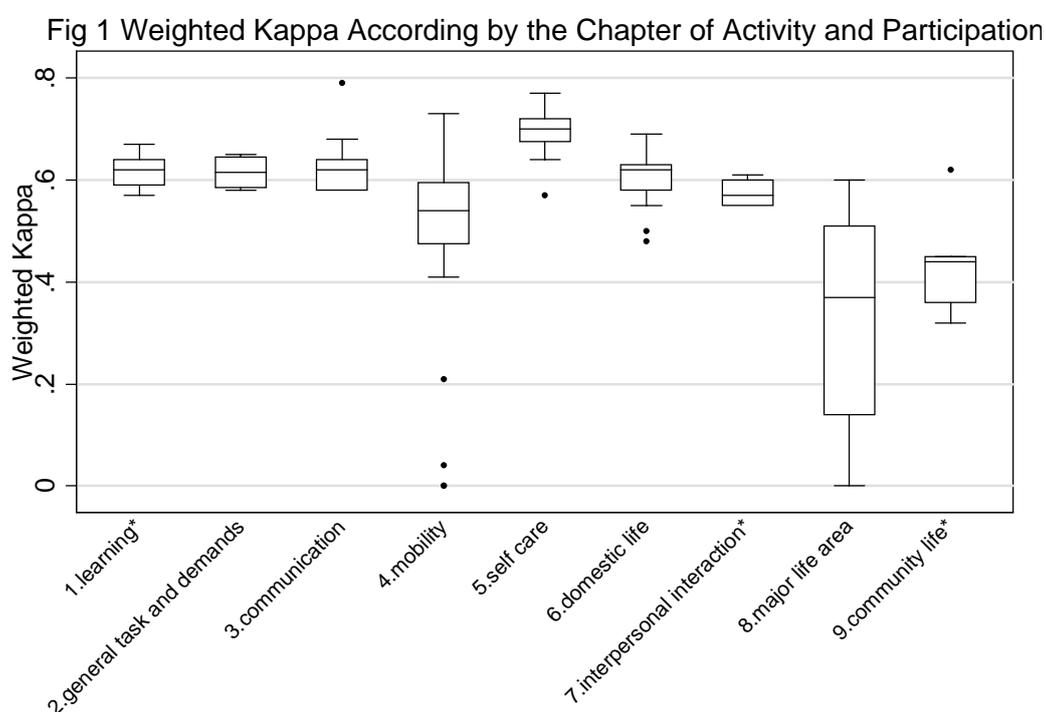


図1 ICFの活動と参加領域の章ごとの信頼性（重み付けカッパによる）

4. 高齢者の機能測定

これまで行っていたのが信頼性の検討だとすると、本当に測定したいものが測れているかどうか、すなわち妥当性(Validity)も検討する必要がある[10]。

ところが、日本で用いられている介護に関係したアセスメント手法が適切かどうかの検討は上述のテスト再テスト法による一致率(二人の測定者)(二回の繰り返し測定)の検定や古典的テスト理論に基づくクロンバッハ α の検討が中心であり、「妥当性」の検討はあまり行われていなかった。クロンバッハ α は、高齢者のアセスメントを評価するには制限がある。まずクロンバッハ α は各項目の難易度や対象

者の分散に影響されるため、難しい質問や簡単な質問が入っていたり、対象者の分散が大きかったりすると、高い値が得られる。すなわち質問内容や対象者のバラツキに影響されやすい指標であり、高齢者ケアの評価指標としては用いるべきではない。その代替りの手法を検討しているうちに、Rasch モデルという評価手法に行き当たった。

Rasch モデルはデンマーク人の数学者・統計学者である George Rasch により発見された[11]。Rasch の考えを要約すると、以下にまとめられる。

- ①人間の心理状態や、能力を、物差しのように測定することは可能だろうか
- ②それを満たすための数学的な条件はなにか
- ③統計学的手法を用いて、人間心理や能力を、物差しのように表現できないか

この場合の測定とは、対象者間の比較をしたり、同じ対象者の前後比較をしたりするために同じ単位 (Unit) を用いることである。

そして、こうした条件を満たす数学的・統計学的モデルが Rasch モデルである。もともとこのモデルは教育テストを中心として発展したが、高齢者の機能評価の尺度を検討することもできる。このモデルは以下の数学モデル(図 2)に合致していることが測定の必要条件である。

Rasch モデルに適合するアセスメント項目を複数用いれば測定が可能になる。一方 Rasch モデルに適合していない項目では測定はできない。すなわち Rasch モデルに適合していないアセスメント項目では対象者を比較したり、時系列変化を検討することはできない。

この数式を見ると Rasch モデルは θ (人の能力値) と δ (質問の困難度) による関数である。また両者 (θ と δ) が一致する場合、回答確率が 0.5 になることを示している。これは正誤の回答を要求する場合の一番簡単な場合であるが、多段階の評価の場合にも成立することがわかっている。ここに至る演繹過程はここでは省略する。

図 2

$$\Pr(X_{ni} = 1; \theta_n, \delta_i) = \frac{e^{\theta_n - \delta_i}}{1 + e^{\theta_n - \delta_i}}$$

Pr(X) : n 番目の人が i 番目の項目に対する

正解確率

θ_n : n 番目の人の能力値

δ_i : i 番目の項目の困難度 (location)

Rasch 法による妥当性の確認方法は、以下のプロセスで行う。複数の人間による複数の質問からの回答パターンを検討し、測定しようとする特性について、適合度を検討していく。その中で、1. 適合しない項目は、モデルに合致しないと判断し除外し、2. Rasch 法に適合した項目のみで、回答パターンを再度検討する。このプロセスを繰り返し、最適なアセスメント項目のセットを作成する。すなわち、ひとつの属性、例えば高齢者の「移動」について最初は 20-30 ぐらいのアセスメントから始め、ラッシュモデルに適合しないアセスメントを除いて最後に 5-10 ぐらいのアセスメント項目のセットを作るという手順を

とる。今回 Rasch モデルを検定するソフトウェアとしては RUMM2030 を用いた。

表 1 に、「移動」の概念に所属するアセスメント項目の選択プロセスを示した。例えば「50m屋内歩行」とか、「昇り降りすること(階段昇降)」とか、「屋外での移動」など、類似と思われる概念について、それぞれの項目が Rasch モデルに適合するかを χ 二乗検定を用いて適合度を検討する。

表1 移動関連のICFコードの位置および χ 二乗適合度

調査項目	δ (難易度)	χ 二乗適合度	χ 二乗確率
50m歩行(実用的面内歩行)	-0.9	4.5	0.11
50m歩行(面内歩行)	-1.5	13.9	0.00
100m歩行	1.6	1.9	0.38
障害物を避けての歩行	-1.9	12.9	0.00
昇り降りすること(昇る)	1.6	0.5	0.77
昇り降りすること(降りる)	1.2	2.8	0.25
施設内での移動	-4.2	1.4	0.49
入所施設以外の建物での屋内移動	-0.5	6.6	0.04
屋外での移動	1.4	2.8	0.24
杖のみを用いた歩行	0.1	5.4	0.07
杖と装具の双方を用いた歩行	1.0	3.5	0.17
外出状況-つき添いがあれば近所に外出	-1.9	29.7	0.00
外出状況-近所に外出	1.1	3.1	0.21
外出状況-個別的交通手段を利用して外出	-1.0	6.9	0.03
外出状況-公共交通機関を利用して外出	3.0	1.2	0.56

Rasch適合度に基づいて選択されたICFコード

調査項目	δ (難易度)	χ 二乗適合度	χ 二乗確率
施設内での移動	-5.4	2.8	0.3
杖と装具の双方を用いた歩行	0.5	2.1	0.2
屋外での移動	0.7	2.0	0.4
階段を昇ること	1.5	5.0	0.2
外出状況-公共交通機関を利用して外出	3.5	3.1	0.2

この手法をとれば、測定したい属性について、同じ内容で難易度が異なる項目を複数選択することができる。これまでは、アセスメント項目は専門家の意見により項目が選択されていたが、Rasch モデルを用いると、「測定」という観点から統計学的に適切なものが自ずと選択される。

こうやって選択された項目をさらに難易度順に並べたのが、現在全老健の新しいケアマネジメントシステムR4方式に用いられているアセスメント手法である[12]。R4では、このうち難易度が似ている2つの項目のうちひとつを取り除いて以下のような簡易なアセスメント指標を作成した(図3)。

図3 R4方式における移動のアセスメント

		レベル	状態	状態のイメージ
外出状況	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	
		行っている ↑d4702		
		行っていない ↓		
昇り降り	階段を5段以上“手すりに頼らず昇り降りすること”	4	公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行っている	
		行っている ↑d4551		
		行っていない ↓		
安定した歩行	安定した歩行をすること（杖と装具の双方を用いてもかまわない）	3	手すりに頼らない安定した階段の昇り降りは行っていないが、手すりな場所での安定した歩行は行っている	 
		行っている ↑d465		
		行っていない ↓		
施設内での移動	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）	2	安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている	
		行っている ↑d450a		
		行っていない ↓		
		1	施設内の移動を行っていない	

これは、選択されたアセスメント項目を4つ選択し、それらを区切り線として難易度順に上から並べたものである。こういった形をとるスケールをガットマン型スケールというが、Raschモデルは本来ガットマン型スケールの確率的表現であることを応用して、図のような形式とした。

このアセスメントは要介護認定とは異なって上の方（すなわち数が多い）レベルが、より難易度が高い項目となっており、したがって機能が低い高齢者となる。今回同様に食事、嚥下、排泄等12個のアセスメントを作成したが、それぞれひとつが、算数や英語のテストと同様に、機能が低いと数値が多くなるように設計した。さらにこれまでの研究でイラストを用いると、信頼度および妥当性が高くなることがわかっていたので[13]、多職種協働を実現するための工夫として、イラストを添付した。

5. アセスメントからケアマネジメントへ

図3で示したとおり、各アセスメント項目を用いて高齢者のレベル判断を行う方式をとると、いくつかのメリットが得られた。

まず項目毎に、利用者の状態を改善するのか、維持するのか、あるいは悪化を予防するのか

の目標設定が容易になる。利用者の改善を目指すケアプランとしては、例えばリハビリテーションや医学的介入など、何か利用者の状態を改善するための積極的な介入である。あるいは、環境や福祉用具の導入によっても、現在行っていないけれど、器具等の整備で行うことができるような場合がある。次に状態維持のケアプランであるが、現在行っていることを維持するために、どのような支援が必要かを考えることになる。そして、悪化予防のケアプランとしてリスクマネジメントがある。悪化予防策の検討、そして悪化が予測される場合は、本人や家族への事前の情報提供が考えられる。このように、レベル設定し、利用者の今後の動向を予測することで、ケアプランの内容を、改善、維持、悪化予防の3つの軸に沿って考えることを容易にしている。ただしケアマネジメントの現場ではこれらの3つ、改善、維持、悪化予防はどれかひとつということではなく、3つがお互いに交じり合っている。

また今回作成したアセスメントは今のところ 12 の項目のレベルの評価と、行動障害のスケールである。ひとつのスケールに ICF に基づく 4 つの区切り線が入っている。つまり、数の上では 12 のアセスメントであるが、実際には 12 (アセスメントの数) \times 4 (区切り線の数) $=48$ のアセスメントの内容を含んでいる。つまり、ひとつのアセスメントに、これまでの包括的自立支援プログラムなどのアセスメントが 4 つ含まれているため効率的なアセスメントが可能になる。また、介護老人保健施設においては入退所検討会がおよそ 3 ヶ月に一度開かれることから、3 ヶ月に 1 回程度アセスメントを繰り返すことで、利用者の状態の変化を把握し、ケアプランの内容の再検討を行うこととしている。

6. 平成 23(2011)年度の調査結果から

R4方式はこのような経緯で作成されたが、2011年の調査は、その運用面の課題を明らかにするために行われた。まず調査時点においては調査対象となった 1048 施設中、57 施設(5.4%)が導入、106 施設(10.1%)が一部導入しており、さらに 132 施設(14.9%)が導入予定とされた。すなわち 30.4%が導入あるいは導入意向があると回答していた。2010年の調査では 36 施設(調査 252 施設中 14%)のみが導入済み、または導入予定と回答したことを考えると、1年間での導入施設は著しく増えた。

導入した施設の特徴を調査するために、「介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰、在宅生活支援に関する調査報告事業」における介護老人保健施設全体(母集団と想定)として、在宅復帰率と、平成 24 年度から介護報酬上の指標となる回転率を比較したところ以下の特徴が得られた。なお、いずれの指標も正規分布をしていないことから、中央値で比較した。

①在宅復帰率が高い(導入施設 24.8 母集団 18.4)

②回転率が高い(導入施設 18.4 母集団 7.3)

この結果から、R4を導入することにより在宅復帰や回転率が高まると判断するのは早計で

あろう。ただ、R4を導入することにより、在宅復帰率が増えたと回答した施設が42.3%であったこと（減ったと回答した施設31.0%）を考慮すると、在宅復帰率や回転率にプラスの影響があったことを完全に否定することはできない。もうひとつの説明は、在宅復帰率や回転率が高い施設が、R4が介護老人保健施設をターゲットとして作成したということ判断材料にR4をより積極的に取り入れたからとも考えられる。

このほかR4を導入した施設の多くがポジティブに受け止めていることは、今回の調査結果からも明らかである。ただし、導入の経緯においては、さまざまな障害があったことは「従来のフローから、R4システムへの移行は」38.0%が困難（8.5%が容易）と回答しており、導入を行った介護支援専門員は、理解を得る上で、さまざまな工夫を行ってきたことが、この調査からも伺われる（調査29など）。

導入が困難だった理由としては、これまでのアセスメントに慣れ親しんでおり、ICFの概念の理解が十分でなかったこと、さらには、ソフトウェアを使い慣れていないことなど、通常の変革にともなうものの他、印刷する紙が増える、アセスメントが細かいなど、誤解に基づくものも含まれていた。今後対応が必要な主な項目として、以下のものが挙げられる。

①現行システムとの互換・連動性

既存のソフトウェア業者に、R4システムの導入を促していく。

要介護認定や、MDS、FIM等との連動が可能なかを検討する。

②行政担当者の理解

都道府県などの行政担当者がR4を理解していない場合があるため、理解を促す方策を考える。

③研修機会を増やす

都道府県単位での研修機会の要望が多い。

④記録の簡素化

R4に限らず、書類が多いという不満が多い。R4システムでの書類数を減らすための実践的な研究が必要である。

⑤コスト

金銭的なインセンティブが必要であるという意見が多いが、R4であれば、インテークのプロセスや、多職種協働の在宅復帰マネジメントが可能であることを、明記していく必要がある。

⑥ケアマネジャー基準の見直し

多職種協働のケアマネジメントの場合、必ずしも100人対1人という基準は現実的でなく、介護支援専門員の人数にかかわらず、実際に居宅復帰に向けたケアマネジメントが行われていることが重要であろう。

⑦書式の追加

今回この報告書で案を提示した、「参加の指標」「リハビリテーション実施計画書」および

「通所リハビリテーション」の書式は、今後さらに検討を行っていく。また、今回の調査でも明らかになった、さまざまな課題に対応していく必要がある。

参考文献

1. Tsutsui, T. and N. Muramatsu, *Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan*. J Am Geriatr Soc, 2005. 53(3): p. 522-7.
2. World Health Organization., *International classification of functioning, disability and health : ICF*. 2001, Geneva: World Health Organization.
3. World Health Organization. *The ICF checklist*. 2002 [cited: Available from: <http://www3.who.int/icf/checklist/icf-checklist.pdf>].
4. Okochi, J., S. Utsunomiya, and T. Takahashi, *Health measurement using the ICF: test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care*. Health Qual Life Outcomes, 2005. 3: p. 46.
5. Weigl, M., et al., *Linking osteoarthritis-specific health-status measures to the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*. Osteoarthritis Cartilage, 2003. 11(7): p. 519-23.
6. Jette, A.M., S.M. Haley, and J.T. Kooyoomjian, *Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct?* J Rehabil Med, 2003. 35(3): p. 145-9.
7. Perenboom, R.J. and A.M. Chorus, *Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Disabil Rehabil, 2003. 25(11-12): p. 577-87.
8. Stucki, G., G. Grimby, and (Eds), eds. *ICF core sets for chronic conditions*. J Rehabil Med. Vol. 44. 2004. 5-141.
9. World Health Organization. *ICF Home Page*. [cited 2004 20.July]; Available from: <http://www.who.int/classification/icf>.
10. Andresen, E.M., *Criteria for assessing the tools of disability outcomes research*. Arch Phys Med Rehabil, 2000. 81(12 Suppl 2): p. S15-20.
11. Rasch, G., *Probabilistic Models for some Intelligence and Attainment Tests (expanded edition)*. 1980, Chicago: The University of Chicago Press(original work published in 1960).
12. 全国老人保健施設協会, *新全老健版ケアマネジメント方式～R 4 システム*. 2011: 社会保険研究所.
13. Okochi, J., et al., *Reliability of a geriatric assessment instrument with illustrations*. Geriatr Gerontol Int, 2005. 5(1): p. 37-47.

第2節 国際生活機能分類に基づく高齢者の参加指標の開発

1. はじめに

国際機能分類 ICF[1]のサービス現場への応用における最大の課題は ICF コードをアセスメントとして測定に用いるための検証が必要であるために、ICF はサービス現場に浸透してこなかった[2]。国際疾病分類 (ICD) の場合と異なり ICF の場合は、サービス提供現場における機能測定がコードを使用する前提となっている。しかし ICF コードの数の多さ、そしてすべての人間を対象としているという一般性がコードの適応の障害となっており、ICF コードを目的とする対象者に絞って選択し、さらには用いるコードの内容をより具体的に対象者に合わせる必要がある[3]。一方で、ICF は「活動」と「参加」を人間の健康に重要な側面としている特徴があり、この考え方は、高齢者の在宅復帰や社会参加を考える上でも有用である [4-8]。高齢者の地域医療および介護の最終的な目的は、高齢者が、地域において、生活し、さまざまな活動に参加することにある[9]。これまで全国老人保健施設協会ではR 4システムの開発において、ICF の「活動」の概念を用いた ADL の評価指標の作成を行ってきた。そこで本研究では、ICF の「参加」に関するコードを介護現場で応用する可能性を検討し、さらには介護現場で利用しやすい「参加」の状態を判断する指標=スケールを開発することを目指すものである。

2. 方法

参加に関する調査内容の作成

国際生活機能分類のコードに基づいて、高齢者の参加に関するコードを参考に、高齢者の参加に関する調査項目を3つの領域について作成した。3領域は余暇、社会参加、社会活動であった。これらの項目は ICF の参加の大項目に基づいて、研究班が老人保健施設の入所者およびデイケアにおいて実際に行われている高齢者の参加について意見を出し、作成したものである(表1)。

(表 1)

大分類	この一ヶ月間
余暇	入所施設や介護事業者が主催する映画やコンサート(スポーツや美術館など類似のレジャーも可)に参加 入所施設や介護事業者以外が主催する映画やコンサート(スポーツや美術館など類似のレジャーも可)に 公園や野外活動場に行きましたか テレビをみましたか ラジオを聴きましたか 新聞をよみましたか 旅行にいきましたか 趣味活動を自分から行いましたか 集団でおこなう体操へ参加しましたか 個人で体操を行いましたか 施設内で買い物をしましたか 施設外で買い物をしましたか
社会活動	ボランティア等の社会活動を行いましたか 地区会、地域センター、公民館活動に参加しましたか 宗教活動(墓参り・法事以外)への参加をしましたか (この1年間)墓参り・法事に参加しましたか (この1年間)結婚式その他の式典に参加されましたか (この1年間)公職選挙法における投票に参加しましたか(国会議員、県議、市議、首長選挙など) 職業や家事など何か決まった役割がありますか。
交流	近所づきあいをしましたか 友人や親族の家への訪問を行いましたか 友人や親族と外出しましたか 親族による訪問を受けましたか 友人による訪問を受けましたか 家族・親族と会話をしましたか 友人と会話をしましたか 手紙を書きましたか 電話をしましたか

3. 対象及び分析

調査対象者は 47 の介護老人保健施設の入所および通所サービス利用中の 3499 名であった。対象者は、各施設からランダムサンプリングして得られた後、本人あるいは代理人から文書にて同意を得た。分析は Rasch 法のソフトウェアである RUMM2030 を用いた。得られた結果をもとに R 4 の既存のアセスメントと同じ形式のガットマン型の参加の指標を作成した。

4. 結果

入所者 1590 名(男性 317、女性 1273、平均年齢 86 歳)と通所者 1358 名(男性 317、女性 1041 平均年齢 81 歳) からデータを得た。このうち 300 名をランダムに選択した結果を Rasch モデルにて分析した(表 2)。

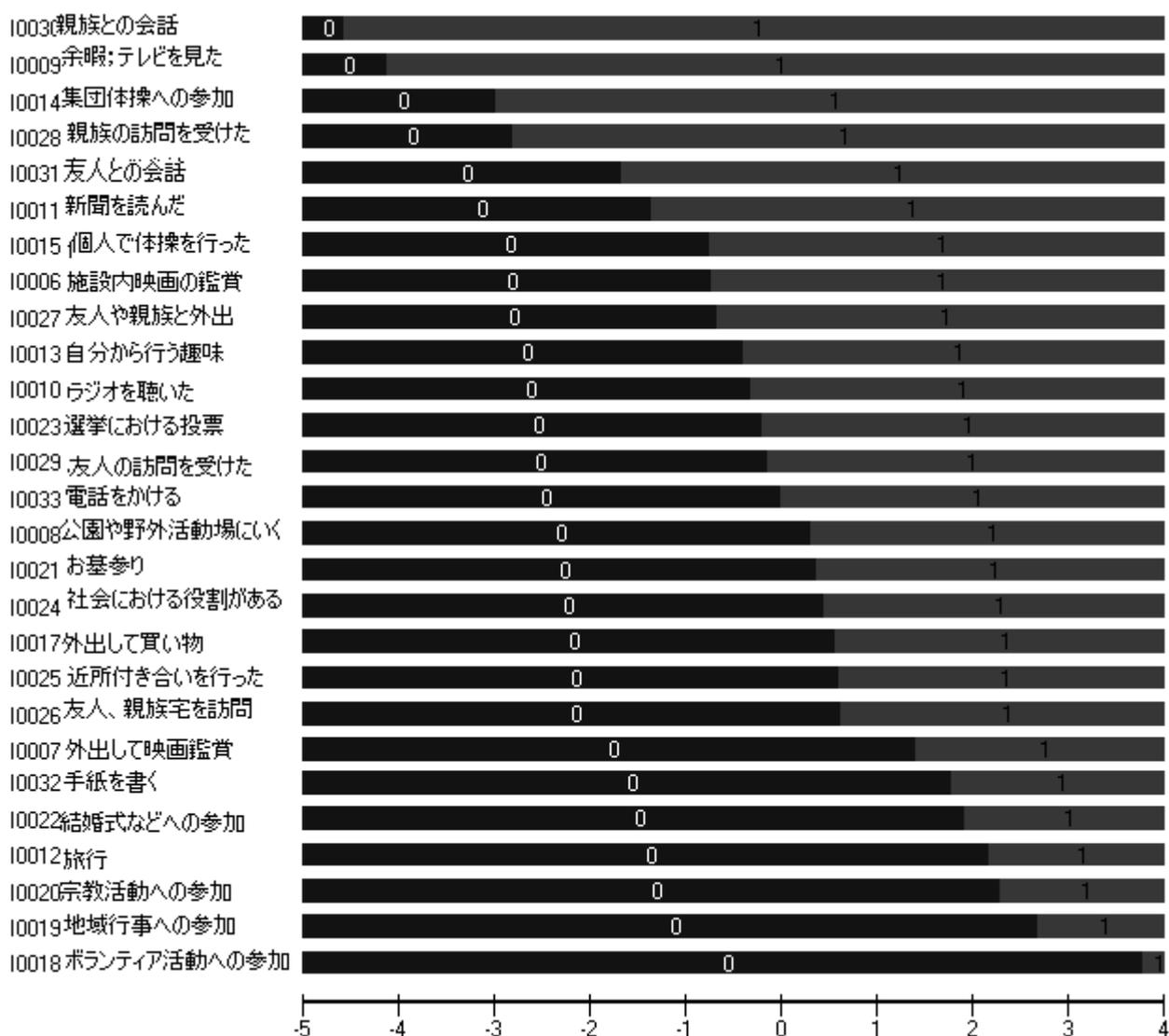
以下に参加の実行状況を要約した。すべての項目で、 χ^2 二乗分析において、施設と入所で分布の有意差を認めた。

次に、これら全体の項目の難易度（location 関数）をプロットしたものを示した（図1）。
親族との会話が最も容易であり、次に容易なのはテレビを見るという項目であった。最も困難なのは地域行事への参加、ボランティア活動への参加といった項目であった。

（表 2）

項目		全体		入所・通所区分			
		度数	%	入所 度数	%	通所 度数	%
_余暇:入所施設主催映画等	行っていない	1888	55.9	803	51.0	1085	60.1
	行っている	1491	44.1	772	49.0	719	39.9
_余暇:入所施設以外が主催の映画等	行っていない	2964	88.0	1414	90.1	1550	86.2
	行っている	403	12.0	155	9.9	248	13.8
_余暇:公園や野外活動場に行った	行っていない	2604	77.7	1313	84.1	1291	72.1
	行っている	747	22.3	248	15.9	499	27.9
_余暇:テレビをみた	行っていない	507	15.0	404	25.7	103	5.7
	行っている	2878	85.0	1166	74.3	1712	94.3
_余暇:ラジオを聴いた	行っていない	2291	68.1	1328	85.1	963	53.5
	行っている	1071	31.9	233	14.9	838	46.5
_余暇:新聞を読んだ	行っていない	1797	53.3	1111	71.1	686	37.9
	行っている	1573	46.7	451	28.9	1122	62.1
_余暇:旅行に行った	行っていない	3153	94.0	1543	99.0	1610	89.6
	行っている	203	6.0	16	1.0	187	10.4
_余暇:趣味活動を自分から行った	行っていない	2399	71.2	1260	80.6	1139	63.1
	行っている	970	28.8	303	19.4	667	36.9
_余暇:集団体操への参加	行っていない	601	17.7	388	24.6	213	11.8
	行っている	2787	82.3	1189	75.4	1598	88.2
_余暇:個人で体操を行った	行っていない	2138	63.6	1172	75.4	966	53.5
	行っている	1222	36.4	383	24.6	839	46.5
_余暇:施設内での買い物	行っていない	3030	90.6	1412	90.3	1618	90.9
	行っている	313	9.4	151	9.7	162	9.1
_余暇:施設外での買い物	行っていない	2650	79.2	1432	92.1	1218	68.0
	行っている	695	20.8	122	7.9	573	32.0
_社会活動:ボランティア等を行なった	行っていない	3306	98.6	1547	99.3	1759	98.0
	行っている	46	1.4	11	0.7	35	2.0
_社会活動:地区会等の活動に参加	行っていない	3221	96.1	1547	99.3	1674	93.4
	行っている	129	3.9	11	0.7	118	6.6
_社会活動:宗教活動への参加	行っていない	3124	93.4	1519	97.6	1605	89.9
	行っている	219	6.6	38	2.4	181	10.1
_社会活動:(この1年間)墓参り・法事に参加	行っていない	2583	77.4	1429	91.8	1154	64.7
	行っている	756	22.6	127	8.2	629	35.3
_社会活動:(この1年間)結婚式等に参加	行っていない	3121	93.7	1526	98.2	1595	89.7
	行っている	211	6.3	28	1.8	183	10.3
_社会活動:(この1年間)選挙の投票をした	行っていない	2385	71.8	1198	77.2	1187	67.0
	行っている	937	28.2	353	22.8	584	33.0
_社会活動:決まった役割がある	行っていない	2773	82.9	1476	94.9	1297	72.5
	行っている	572	17.1	79	5.1	493	27.5
_交流:近所づきあいをした	行っていない	2619	78.4	1489	95.6	1130	63.3
	行っている	722	21.6	68	4.4	654	36.7
_交流:友人・親族宅への訪問	行っていない	2664	79.8	1432	91.9	1232	69.1
	行っている	676	20.2	126	8.1	550	30.9
_交流:友人や親族と外出	行っていない	2078	62.1	1237	79.4	841	47.1
	行っている	1267	37.9	321	20.6	946	52.9
_交流:親族の訪問を受けた	行っていない	673	20.1	260	16.6	413	23.2
	行っている	2679	79.9	1308	83.4	1371	76.8
_交流:友人の訪問を受けた	行っていない	2458	73.7	1358	87.4	1100	61.8
	行っている	877	26.3	196	12.6	681	38.2
_交流:家族・親族と会話した	行っていない	296	8.8	228	14.5	68	3.8
	行っている	3084	91.2	1342	85.5	1742	96.2
_交流:友人と会話した	行っていない	1631	48.5	1115	71.5	516	28.7
	行っている	1730	51.5	445	28.5	1285	71.3
_交流:手紙を書いた	行っていない	3072	91.8	1499	96.2	1573	87.9
	行っている	276	8.2	60	3.8	216	12.1
_交流:電話した	行っていない	2454	73.2	1371	87.9	1083	60.3
	行っている	900	26.8	188	12.1	712	39.7

(図 1)



図に各項目の難易度を示した。上位にある項目がより容易であり、下位にある項目がより難易度が高い。この場合、テレビを見るということが最も容易で、ボランティア活動への参加がより困難であった。

このうち、項目を余暇、社会活動および交流に区分して検討を行った (表 3)。

(表 3)

社会活動	Location	ChiSq	Probability
社会活動:(この1年間)選挙の投票をした	-1.9	2.4	1.0
社会活動:(この1年間)墓参り・法事に参加	-1.3	4.0	0.9
社会活動:決まった役割がある	-1.3	6.1	0.8
社会活動:(この1年間)結婚式等に参加	0.4	3.5	1.0
社会活動:宗教活動への参加	0.8	2.2	1.0
社会活動:地区会等の活動に参加	1.1	6.8	0.2
社会活動:ボランティア等を行なった	2.1	3.0	0.9

	Location	ChiSq	Prob
交流:家族・親族と会話した	-4.1	4.4	0.9
交流:親族の訪問を受けた	-2.3	17.0	0.1
交流:友人と会話した	-1.2	14.2	0.0
交流:友人や親族と外出	0.1	18.3	0.0
交流:友人の訪問を受けた	0.6	6.8	0.6
交流:電話した	0.8	10.8	0.2
交流:友人・親族宅への訪問	1.6	4.8	0.7
交流:近所づきあいをした	1.6	11.9	0.0
交流:手紙を書いた	2.8	12.0	0.0

	Location	ChiSq	Probability
余暇:入所施設主催映画等	-0.5	7.9	0.4
余暇:入所施設以外が主催の映画等	1.7	2.9	0.9
余暇:公園や野外活動場に行った	0.6	4.7	0.8
余暇:テレビをみた	-3.7	8.9	0.3
余暇:ラジオを聴いた	0.0	7.7	0.5
余暇:旅行に行った	2.4	1.8	1.0
余暇:趣味活動を自分から行った	-0.1	9.8	0.3
余暇:集団体操への参加	-2.7	5.2	0.7
余暇:個人で体操を行った	-0.4	11.4	0.2
余暇:施設内での買い物	1.8	4.3	0.8
余暇:施設外での買い物	0.9	14.3	0.1

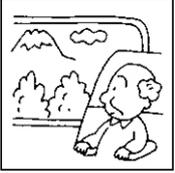
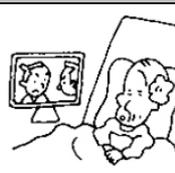
多くの項目の χ^2 乗値が高く、アセスメントとして使用することが可能であると考えられた。一方、社会活動の項目は、参加の割合が低く、とくに入所者での参加割合が低いため、今回はR4のアセスメントでの指標とせず、参考として提示することとした。

交流と余暇については、ガットマン型スケールとするために、内容を要約して、以下のようなスケールを作成した(図2、3)。

図2 社会交流のスケール

		レベル	状態	状態のイメージ
		5	情報伝達手段を用いて交流を行なっている。	
通信機器を用いての交流	電話を掛けた（e-mail、手紙等含む。相手から掛かってくるのは除く。）	行なっている	↑	
		行なっていない	↓	
		4	通信機器を用いて自ら連絡を取ることは行っていないが、援助があつての外出はしている。	
外出	施設外に外出した（親族・知人を訪ねる目的で）	している	↑	
		していない	↓	
		3	外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け話している。	
友人との会話	職員や家族以外の友人・知人と話した	している	↑	
		していない	↓	
		2	近所づきあいはしていないが、施設利用者や家族と会話はしている。	
身近な人との会話	施設職員や家族などと話した	している	↑	
		していない	↓	
		1	会話がな、していない、できない。	

図3 余暇のスケール

		レベル	状態	状態のイメージ
旅行	旅行に行く（家および施設を1日以上離れる、施設から家への一時帰宅を除く）	5	施設や家を1日以上離れる外出または旅行をしている。	
		↑	↓	
個人の趣味活動の実施	個人による趣味活動の実施	4	旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている。	
		↑	↓	
レクリエーション	集団での体操などの集団レクリエーションへの参加	3	屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことはしている。	
		↑	↓	
テレビ	施設内や家でテレビを見る	2	集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる。	
		↑	↓	
		1	テレビを見たり、ラジオを聴いていない。	

さらに入所者と通所者での分布の差を全体の項目で検討した。入所者より通所者の方が参加のレベルが高いことが分かる。横軸は、Rasch モデルで示された対象者の能力値の分布(上段)、項目難易度の分布(下段)である。

5. 考察

高齢者の余暇、社会活動および社会交流に関する項目のほとんどがラッシュモデルとの適合は良好であり、高齢者の参加状況の評価スケールとして妥当であることが明らかになった。余暇、および社会活動は、行っている割合も高く、ガットマンスケールを作成することが可能であった。一方社会参加の項目は、頻度が低いため、今回はガットマン型のスケール作成を見合わせた。これまでの ADL 評価では、トイレの誘導やベッド移乗など利用者の日常生活動作での介助の程度が評価されてきた。今回新たに R 4 システムに参加の指標を組み込むことで、個別の高齢者の参加の状態が明らかになるだけでなく、より充実した参加型サービスの拡充が可能になると考えた。

References

1. World Health Organization., *International classification of functioning, disability and health : ICF*. 2001, Geneva: World Health Organization.
2. Stucki, G., et al., *Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice*. *Disabil Rehabil*, 2002. **24**(5): p. 281-2.
3. Okochi, J., S. Utsunomiya, and T. Takahashi, *Health measurement using the ICF: test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care*. *Health Qual Life Outcomes*, 2005. **3**: p. 46.
4. Pallant, J.F., et al., *Measuring the impact and distress of osteoarthritis from the patients' perspective*. *Health Qual Life Outcomes*, 2009. **7**: p. 37.
5. Finch, L.E., et al., *A measure of physical functioning to define stroke recovery at 3 months: preliminary results*. *Arch Phys Med Rehabil*, 2009. **90**(9): p. 1584-95.
6. Cieza, A., et al., *Towards an ICF-based clinical measure of functioning in people with ankylosing spondylitis: a methodological exploration*. *Disabil Rehabil*, 2009. **31**(7): p. 528-37.
7. Berg, K., et al., *Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF*. *BMC Health Serv Res*, 2009. **9**: p. 47.
8. Bouffioulx, E., C. Arnould, and J.L. Thonnard, *SATIS-Stroke: A satisfaction measure of activities and participation in the actual environment experienced by patients with chronic stroke*. *J Rehabil Med*, 2008. **40**(10): p. 836-43.
9. Jette, A.M., S.M. Haley, and J.T. Kooyoomjian, *Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct?* *J Rehabil Med*, 2003. **35**(3): p. 145-9.

リハビリテーション実施計画書(1)

添付2

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日 _____ 年 月 日(歳) 要介護度: _____

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等) 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容 [_____]
---------------------	---

心身機能
運動機能障害
感覚機能障害
高次機能障害

自立・介護 状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ					
	項目	行 っ て い と	出 来 る こ と	目 標 レ ベ ル	使用用具 杖・器具・歩行 器・車椅子な ど	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
R 4 項 目	基本動作										
	歩行移動										
	排泄動作										
	入浴動作										
	嚥下機能										
	食事動作										
	口腔ケア										
	整容										
	更衣										
	オリエンテー ション										
	精神活動										
	コミュニケー ション										
	余暇										
	交流										
家事											

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 (年 月 日)
ご家族の希望 (年 月 日)

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらふこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

"まとめ"および前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)

備考

担当チーム	担当医: _____ ●PT・OT・ST: (), (), (), () _____ ●看護・介護: (), (), (), () _____ ● (), (), (), () _____ ()内は職種を記入
-------	---

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日
 ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

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？ごく簡単にで結構ですから、お書きください。例えば、「車椅子から便器へ自力で乗り移りができるようになれば…」とか「夜は眠れるように生活のリズムを整えたい」、「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法を知りたい」、「今よりは少しでも介護の手間が少なくなるものなれば…」などというようなことです。

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。尚、この欄に関しては、記入が大変ならば無理をしてまでご記入いただく必要はありません。

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。

付記：プレ・インターク・シートについて

本シートは、①サービス利用希望側が自ら記載するもの（インタビュー記録ではない）②法定事項には該当しないことから電子化シートには含めていない。
 ゆえに、創意工夫の余地が大きく、各々の施設特性および利用希望者側の特性を考慮・反映させた独自シートの開発は有用である。そして、複数種類の様式を作成して備えておくことが本シート活用の鍵になると考えられる。

付記：各種シートについて

シートは、電子化シートをプリントアウトしたのものです。電子版のシートには選択肢やイラストが表示される項目があります。

A-1 インテーク:ニーズアセスメントシート

氏名	様	年 月 日 生	歳	ID
		住所	TEL.	作成日
保証人:		(続柄)	住所:	TEL.
緊急連絡先: ① (続柄)		② (続柄)	③ (続柄)	
名前:		名前:	名前:	
住所:		住所:	住所:	
TEL1:		TEL1:	TEL1:	
TEL2:		TEL2:	TEL2:	
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)
	保険者意見等:		担当介護支援専門員:	
	居宅介護支援事業者:		連絡先:	
				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
生活史(インテークまでの経緯)			利用申し込みに至った経緯	
			現在の居所:	
			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				

家族図		家族の状況				在宅療養/家族の関わり方に関する状況
		氏名	年齢	続柄	同居	
		①				
		②				
		③				
		④				
		⑤				
		⑥				
		⑦				
⑧						
日付	利用形態 (入所・通所・短期)	本人：サービス利用の目的及び目標		家族：サービス利用の目的及び目標		
特記事項						
利用状況						
サービス種別	事業者	利用状況	備考			
◆書類等(確認返却したものには✓マーク、受領したものは○、提出依頼したものは△、不要・無には×を付しておく)		居宅の介護支援専門員との連携状況				
被保険者証(介護・医療)	ケアマネジメント連絡表					
負担限度額認定証	障害手帳					
診療情報提供書	公費医療受給者証					
サマリー(看介護・リハ)						
◆重要事項説明書の説明と納得:						
◆リスクの説明項目:						
転倒	転落					
誤嚥	離苑					
◆本シートに記入する内容についての合意:						

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〕		利用者氏名	様	要介護度	障害自立度	
		ID:			認知症自立度	
添付書類等:			作成開始日:			
レベル 図等 区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		レベル 図等 区分		
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)		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		
基本動作				食事動作		
歩行移動				食事形態	【主食】 【副食】 【水分】 【補助具】	
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	8. 9. 10.		排泄動作		
認知機能	aオリエンテーション			排泄の形態	日中: 夜間:	
	bコミュニケーション			尿意		
	c精神活動			便意		
	d周辺症状	A群		B群		入浴動作
		拒否 感情 興奮 大声 破壊 投げる		過食 タンズ 徘徊 昼間寝てばかり 繰返聞く 不適切な場所での排尿		入浴手段
合計数:		合計数:		a 口腔ケア		
その他の周辺症状				b 整容		
				c 衣服		
嚥下機能			【歯】	余暇		
入所前早期訪問の情報(在宅環境の状況) 未・訪問日:			その他特記事項			

医療	特記事項（器具・補助具の状況及びリスク等）				
	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： ・皮膚の状態等： ・嗜好・禁忌等： ・その他： ・身長・体重：				
インタビューに関わった専門職のコメント					
サービス利用判定会議					
					区分：
開催日					判定結果
出席者	医師		栄養士		判定理由
	看護師		支援相談員		
	介護職		介護支援 専門員		
	リハ職				
暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)					
サービスの提供	・短期集中リハビリの実施		・入所後の早期訪問の実施		
	・認知症短期集中リハビリの実施		・リハビリマネジメントの実施(通所)		
	・個別リハビリの実施		・通所リハビリ計画作成、見直し		
	・栄養ケア・マネジメントの実施		・		
	・経口移行加算		・		
・経口維持加算(I、II)		・			

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。	年 月 日：	説明者
	ご本人氏名： _____ ご家族氏名： _____	

A-3:生活機能(ICF)アセスメント		利用者氏名		様	要介護度	障害自立度		
		ID:				認知症自立度		
入所時 ・ ヶ月後の状態 / 入所日:				評価日:				
基本動作	レベル 図等 区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		食事動作	レベル 図等 区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)
歩行移動					食事形態	【主食】		【療養食】
						【副食】		
移動手段			1. T字杖の利用 8. 2. 装具(短下肢装具等) 9. 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 10. 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		排泄動作			排泄の形態 日中: 夜間:
認知機能	aオリエンテーション				尿意	尿意		便意
	bコミュニケーション				入浴動作			入浴手段
	c精神活動				整容	a口腔ケア		b整容
d周辺症状	A群		B群		c衣服		余暇	
	拒否 感情 興奮 大声 破壊 投げる 合計数:		過食 タンス 徘徊 昼間寝てばかり 線返聞く 不適切な場所での排尿 合計数:		d周辺症状			
		その他の周辺症状						
嚥下機能					交流			
入所後早期訪問の情報(在宅環境の状況) 未・訪問日:				その他特記事項				

医療	特記事項（器具・補助具の状況及びリスク等）			
	実行状況の評価及び見直し判定			判定日：
各職種からのコメント	実行状況の評価(利用者満足度も含む)		見直し判定	
	介護			
	リハビリ			
	医師			
	看護			
	栄養			
	支援相談員			
本人・家族の意向				
判定結果	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	
判定理由	出席者	医師		栄養士
		看護師		支援相談員
		介護職		介護支援専門員
		リハ職		

利用者氏名 様	障害老人 自立度	要介護度	認定有効期間	～		
	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			
医師 担当			看護 担当			
栄養 担当			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			

利用者氏名 様	障害老人 自立度	要介護度	認定有効期間	~		
	認知症 自立度		介護支援専門員	⑩	担当者	⑩

作成日	目標(長期)	短期集中リハ:	経口移行:
		認知症短期集中リハ:	経口維持 I・II:

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: _____ ご本人氏名: _____ ご家族氏名: _____

利用者氏名 様	障害老人 自立度	要介護度	認定有効期間	~	
	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	
医師 担当				看護 担当	
栄養 担当				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	目標(長期)		短期集中リハ: 認知症短期集中リハ:	経口移行: 経口維持 I・II:			
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: _____ ご本人氏名: _____ ご家族氏名: _____							