

インターライ方式 ケアアセスメント

システムご利用マニュアル

目次

はじめに	4
1. ログインする	6
2. 利用者情報を登録する	
①新規利用者の登録を開始する	7
②利用者の情報を入力する	8
③利用者の情報を保存する	9
④アセスメント入力を開始する	10
3. アセスメントを入力する	
①新規アセスメントを開始する	11
②アセスメント表を開く	13
③アセスメント入力を行う	14
④記入要綱を読む	15
⑤メモを取る	16
⑥違う版の項目を入力する	18
⑦保存して次のセクションへ移動	19
⑧ アセスメントを終了して確定保存する	21

4. 課題検討を行う

- ①尺度で利用者の状態を確認する ——— 24
- ②CAP検討を行う ————— 25

5. サービス計画書を作成する

- ①検討内容を計画書様式(1表、2表)に送信する ——— 31
- ②計画書2表を編集する ————— 32
- ③計画書1表を編集する ————— 33
- ④計画書1表を印刷する ————— 34
- ⑤計画書2表を印刷する ————— 35
- ⑥計画書3表を印刷する ————— 36
- ⑦計画書の履歴管理をする ————— 37

6. アセスメント内容を印刷する

- ①アセスメント表をダウンロードする ——— 38
- ②アセスメント表を印刷する ————— 39

7. 初回以降のアセスメント

- ①利用者を検索する ————— 40
- ②利用者を選択する ————— 41
- ③アセスメントをコピーする ————— 42

はじめに

インターライ方式ケアアセスメントをご利用いただき、誠にありがとうございます。
介護現場で広く用いられてきたMDS方式が、この度インターライ方式に刷新されました。

インターライ方式の主な特徴

- ・事業所別、職種間でのアセスメントの共有に適している
- ・根拠に基づいたケアプラン作成が可能
- ・アセスメント方式が「居宅版」「施設版」「高齢者住宅版」の3つが整備されている

アセスメントの入力は、3つの版によってそれぞれ必要な項目が異なります。
このアセスメント入力をシステム上で行うで事業所内で情報管理・共有が行え、業務の効率化につながります。

はじめてシステムをご利用される方は、是非このマニュアルをご活用ください。



このシステムでできること

- ・ケアプラン作成の根拠となる課題分析
 - インターライ方式によるCAP(27領域)の抽出
 - 分析内容に基づくサービス計画書の作成
- ・利用者の機能状態を可視化する指標の算出
 - 日常生活自立段階: ADL-H (Activities of daily Living Self-Performance Hierarchy Scale)
 - 認知機能尺度: CPS (Cognitive Performance Scale)
 - うつ評価尺度: DRS (Depression Rating Scale)
 - 痛み尺度: PS (Pain Score)

システム全体の流れ

1.ログイン → 2.利用者情報の登録 → 3.アセスメント情報の入力 → 4.課題検討(CAP検討) → 5. 計画書の作成 → 6. 帳票とアセスメント表の印刷 → 7.初回以降のアセスメント

1. ログインする

①ショートカットをクリックして下記画面を表示

ログイン画面
が表示される

インターライ方式
ケア アセスメント

利用者ID

パスワード

ログイン

アセスメント結果はMicrosoft Excel 2007形式出力されます。
お使いの端末（PCのみ）でMicrosoft Excel 2007以降が導入されていない場合
は、Microsoft Excel Viewer(無料)をご導入下さい。
Microsoft Excel Viewerのダウンロードはこちらから検索して下さい。
[Microsoft Excel Viewerを検索する](#)

②ソフトベンダーから配布された
利用者IDとパスワードを入力して
「ログイン」をクリック

2. 利用者情報を登録する

① 新規利用者の登録を開始する

新規利用者の基本情報を入力し、利用者の登録を行います

interRAI JAPAN

インターライ日本 ログアウト

インターライ方式 ケア アセスメント

利用者一覧・アセスメント

空帳票一覧

利用者一括登録

所属事業所の変更

パスワード変更

Copyright 2011- 2012 interRAI Japan. All rights reserved.

①「利用者一覧・アセスメント」をクリックする

利用者一覧が開く

interRAI JAPAN

インターライ日本 ログアウト

トップメニュー

利用者一覧

連携番号		完全一致
氏名		漢字、カナの部分一致検索。
事業所番号		完全一致
事業所名		完全一致
被保険者番号		完全一致
中止利用者を含む	☐	

一覧表示する 新規利用者作成 一覧

②「新規利用者作成」をクリックする

2. 利用者情報を登録する

② 利用者の情報を入力する

連携番号
ソフトベンダーの
システムとクラウド
サービス内の情報をつなぐための番号

利用者編集

利用者の情報を入力する
※【必須】には入力しないと先に進めません

連携番号		介護ソフト内と連携する為の番号を入力して下さい。
氏名【必須】		全角50文字まで
氏名フリガナ【必須】		カナ英数で100バイト（全角50文字）まで
生年月日	--< --< 年 --< 月 --< 日	
性別【必須】	☒ 男性 ☐ 女性	
事業所番号	intersprt	半角英数10文字まで
事業所名	サポートインターライ日本	全角50文字まで
保険者番号【必須】		半角英数10文字まで
被保険者番号【必須】		半角英数10文字まで
要介護度	現在有効の認定結果はない	
状態【必須】	☒ 利用中 ☐ 中止	

2. 利用者情報を登録する

③ 利用者の情報を保存する

interRAI
JAPAN

インターライ日本

ログアウト

トップメニュー

利用者一覧に戻る

保存する

②保存したら、「利用者一覧に戻る」をクリック

①入力が終わったら「保存する」をクリックして保存(画面は変わりません)

電話番号		
氏名【必須】	青山 タキ	全角50文字まで
氏名フリガナ【必須】	アオヤマタキ	カナ英数で100バイト(全角50文字)まで
生年月日	昭和 4 年 9 月 10 日	
性別【必須】	☐ 男性 ☒ 女性	
事業所番号	0000000000	半角英数10文字まで
事業所名	インターライホーム	全角50文字まで
保険者番号【必須】	001	半角英数10文字まで
被保険者番号【必須】	00005	半角英数10文字まで
県介護度	要介護 5 v	
状態【必須】	☒ 利用中 ☐ 中止	

2. 利用者情報を登録する

④ アセスメント入力を開始する

利用者一覧

連携番号		完全一致
氏名		漢字、カナの部分一致検索
事業所番号	intersprt	完全一致
事業所名		部分一致検索
被保険者番号		完全一致
中止利用者を含む	☐	中止利用者を検索にチェックして下さい
一覧表示する 新規利用者作成 CSV一覧		

「アセスメント」をクリックしてアセスメント入力を開始する

連携番号	氏名	性別	要介護度	事業所	保険者番号 被保険者番号	[操作]
	青山タキ アオヤマタキ	女性	要介	intersprt サポートインターライ日本	0000	編集 アセスメント 計画書
	菊村サワ キクムラサワ	男性	なし	intersprt サポートインターライ日本	1234 1234	編集 アセスメント 計画書
	安岡信郎 ヤスオカノブオ	男性	要支援 2	intersprt サポートインターライ日本	001 00002	編集 アセスメント 計画書
		女性	要介護 4	intersprt サポートインターライ日本		編集 アセスメント 計画書
		男性	なし	intersprt サポートインターライ日本		編集 アセスメント 計画書
	印田 来 インタライ	女性	要介護 2	intersprt サポートインターライ日本	111111 222222	編集 アセスメント 計画書
	山口 一郎 ヤマグチイチロウ	男性	なし	intersprt サポートインターライ日本	002 003	編集 アセスメント 計画書

利用者情報を変更したい場合は「編集」をクリック→P9の画面へ

計画書を作成・編集したい場合「計画書」をクリック→P34へ

利用者情報が登録されました

3. アセスメントを入力する

① 新規アセスメントを開始する

新規アセスメントを作成し、
アセスメント内容を入力します

インターライ日本 ログアウト

トップメニュー

アセスメント一覧

利用者：青山 タキ 様

利用者一覧に戻る アセスメント新規作成 選択アセスメントを削除

種別	アセスメント基準日	状態	アセスメント担当者	アセスメント作成日	[操作]
----	-----------	----	-----------	-----------	------

ページのトップへ移動

「アセスメント新規作成」をクリック

© copyright 2011- 2012 interrAI Japan Committee allrights reserved.

3. アセスメントを入力する

① 新規アセスメントを開始する

interRAI
JAPAN

インターライ日本

ログアウト

トップメニュー

アセスメント作成

利用者： 青山 タキ 様

①入力する版を選ぶ

アセスメント一覧に戻る

アセスメントを作成する

アセスメント

☒ 居宅版

☐ 施設版

☐ 高齢者住宅版

※選択内容によってアセスメントで
限定するものではありません。

基準日

アセスメント基準日を西暦入力して下さい
(例：2012/04/15)

③「アセスメントを作成する」をクリック

②基準日を入力(必須)

基準日とは：
利用者のアセスメントに関わる全スタッフにとつ
ての共通の観察期間の開始日。**半角のみ。**
例) 2014年9月7日の場合
半角で「2014/09/07」と入力(**0は省略不可**)

ページのトップへ移動

© copyright 2011- 2012 interrai Japan Committee allrights reserved.

3. アセスメントを入力する

② アセスメント表を開く

セクション名
をクリックして
アセスメント
入力開始

アセスメント総合(居宅版)

利用者: 青山 タキ 様

一覧に戻る

アセスメントメニュー

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

アセスメント表を印刷する

CAPサマリー表

CAP検討

尺度(Scales)

BMI	20.8
うつ評価尺度: DRS	0点
認知機能尺度: GPS	2 軽度の障害がある
日常生活自立度	0 自立

3. アセスメントを入力する

③ アセスメント入力を行う

アセスメント表

利用者： 青山 タキ 様

保存する

総 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V

A 基本情報

(A1) 氏名

居宅 施設 高齢者

てすと

(A2) 性別

居宅 施設 高齢者

☐ 1 男性

☒ 2 女性

(A3) 生年月日

居宅 施設 高齢者

※西暦で記入して下さい(例:1920/01/31)

1940/10/23

(A4) 婚姻状況

居宅 施設 高齢者

memo

☐ 1 結婚したことがない

☐ 2 結婚している

☐ 3 パートナーがいる

テキストとクリックで入力する

各項目がどの版で該当するかが示されている

3. アセスメントを入力する

④ マニュアルを読む

A8 アセスメント

居宅 施設

1 初回アセスメント

2 定期アセスメント

3 再開時アセスメント

4 著変時アセスメント

5 終了時

6 終了時

7 その他

A9 アセスメント

居宅 施設

※西暦で記入して下さい

2012/10/22

A10 本人

居宅 施設

A11 アセスメント

居宅 高齢

1 自分の

2 高齢者住宅：有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護無し）

3 高齢者住宅：有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護有り）

マニュアルが読みたいときは、項目番号をクリックする

別ウインドウでマニュアルが読める

A8. アセスメントの理由

《目的》

今回アセスメントする理由を記録する。

《記入》

1. 初回アセスメント
【居宅版・高住版】サービスの開始時や相談受付時のアセスメント。
【施設版】入居時のアセスメントであり、入居後4日までに完成させる。戻ってくることが予想されていた利用者が、再度入院・入居するときも選ぶ。
(注)：インターライ方式を新たに導入した等の理由により、すでに利用中の入に対して最初のアセスメントをした場合は、1ではなく2[定期アセスメント]を選択する。

2. 定期アセスメント ケアプランをモニターするために行う定期的なフォローアップのアセスメント。ただし、その際に著変があった場合は、定期アセスメントであっても4[著変時アセスメント]を記入する。

3. 再開時アセスメント 利用者が病院から退院したときなど、計画的な空白期間の後に再開するときに行うアセスメント。

4. 著変時アセスメント 下記に示す利用者の状態や状況が顕著に変化したため、継続するケアの途中で行うフルアセスメント。
施設の場合は変化が起きてから3日以内に実施する。とくに多職種による検討を要するほどの変化の場合が相当する。
ただし、著変による入院後に退院した時のアセスメントは3を選ぶ。

著変時の基準
著変は、利用者のケアプランに影響する二つ以上の分野における改善や悪化がある下記の場合である。下記はその例である。なお、これらの変化がなくても、アセスメント担当者の判断で「著変」としてよい。

悪化の例:

- いずれかのADLが新たに4、5、6か8となった。
- 意思決定の能力が0か1から2、3、4、5となった。
- 尿失禁が0か1から2、3、4、5、6か8となったか、採尿器を使うようになった。
- 計画してはいない体重減少があった(30日間で5%、180日間で10%)。
- 体幹部の抑制、立ち上かりを防ぐための椅子を使い始めた。
- 状態を不安定にする疾患や状態が発生した。
- 2度以上の褥瘡ができた。
- 全体状況が悪化してきている、またはより多くの援助を受けている。

改善の例:

- 4、5、6、や8であつていずれかのADLが0、1、2、3になった。
- 意思決定能力が3、4、5から0、1、2になった。
- 失禁が2、3、4、5から0または1になった。
- 全体状況が改善している。

5. 終了時アセスメント サービスの終了時(利用者の記録を閉じる)に、サービスの再開や戻ることが想定されないときに行うフルアセスメント。どのような場合に5の終了時アセスメントをするか、6の記録のみにするかは事業所によって異なるとよい。このアセスメントは、利用者が移る際の先方への申し送り書類にもなる。

6. 終了時の記録のみ サービスの終了時(利用者の記録を終える)にフルアセスメントをせず、記録を残すだけの場合。死亡、介護施設への入居、退院・転棟後にサービス再開が予想されない入院時などが考えられる。

7. その他 質の評価、臨床研究、ケアプランの正当性の評価などを目的とし、通常の定期アセスメント以外でアセスメントを行う場合。

3. アセスメントを入力する

⑤ メモをとる

居宅 施設 高齢者

※西暦で記入して下さい(例:1920/01/31)
1940/10/23

メモを取りたいときは
「memo」をクリックする

(A4) 婚姻状況

居宅 施設 高齢者

○1 結婚したことがない

○2 結婚している

○3 パートナーがいる

○4 死別

○5 別居

○6 離婚

メモ欄が開いて入力できる

memo

メモ

選択解除

確定

(A5) 介護保険番号

居宅 施設 高齢者

保険者番号: intersprt

(A6) 事業所番号

居宅 施設 高齢者

(A7) 要介護度

3. アセスメントを入力する

⑤ メモをとる

(A3) 生年月日

居宅 施設 高齢者

※西暦で記入して下さい(例:1920/01/31)

1940/10/23

(A4) メモ

居宅

○1 結婚
○2 結婚
○3 パー
○5 別居中、事実上婚姻関係にない
○6 離婚した

A4 20年間同居している男性がいるが、籍は入れていない

memo

確定

メモを入力し、「確定」をクリックする



○4 退院したのは7日以内
○5 現在入院中

(メモ)

A4 20年間同居している男性がいるが、籍は入れていない

次へ

ページのトップへ移動

内容がページ一番下の欄にコピーされる

※セクションAの全てのメモがここにコピーされるので、どの項目のメモかわかるように、項目名も入力しておく

3. アセスメントを入力する

⑥ 違う版の項目を入力する

居宅版を選んだ場合でも、施設版のアセスメント表にしか含まれていない項目を入力することができます

「B8」は施設版のみの項目のため、居宅版を選んだ場合選択肢は隠れている

「入力欄を開く」をクリックすると選択肢が表示され、入力できる

The screenshot illustrates the process of inputting assessment data for item B8 (精神疾患歴) in the facility version. The interface is divided into two panels. The top panel shows the initial state where the '入力欄を開く' (Open input field) button is highlighted with a red box and a red arrow points to it. The bottom panel, reached after clicking the button, shows the expanded form with two radio button options: '0 いいえ' (No) and '1 はい' (Yes), which are highlighted with a red box. A blue arrow indicates the transition from the top panel to the bottom panel. Other visible elements include the '施設' (Facility) button, the 'B9' (教育歴) section, and a 'memo' field.

Top Panel (Initial State):

- Item: (B8) 精神疾患歴
- Buttons: 施設, 入力欄を開く (highlighted with a red box and red arrow)
- Radio buttons: None visible
- Other: memo field

Bottom Panel (After Clicking '入力欄を開く'):

- Item: (B8) 精神疾患歴
- Buttons: 施設, 入力欄を開く
- Radio buttons: ☐ 0 いいえ, ☐ 1 はい (highlighted with a red box)
- Other: memo field, 選択解除 button

Bottom Section (B9):

- Item: (B9) 教育歴
- Buttons: 居宅, 施設, 高齢者
- Radio buttons: ☐ 1 未就学・小学校中退含む
- Other: memo field

3. アセスメントを入力する

⑦ 次のセクションへ移動

☐ 3 8～14日前に退院した

☐ 4 退院したのは7日以内

☐ 5 現在入院中

[選択解除](#)

(メモ)

A4 20年間同居している男性がいるが、籍は入っていない

セクションの入力がすべて終わったら、ページ下部の「次へ」をクリックして次のセクションに移動する。

次へ

[ページのトップへ移動](#)

© copyright 2011- 2012 Interrai Japan Committee allrights reserved.

※「次へ」をクリックすると、このセクションで入力した内容は自動的に**一時保存**されます

3. アセスメントを入力する

⑦ 次のセクションへ移動

ページ上部のアルファベットをクリックしてセクションに移動することも可能

The screenshot shows the interRAI JAPAN web application interface. At the top, there is a header with the interRAI JAPAN logo on the left, the user name 'インターライ日本' in the center, and a 'ログアウト' (Logout) button on the right. Below the header, there are two buttons: 'トップメニュー' (Top Menu) and '記入要綱' (Instructions for Completion). A '保存する' (Save) button is located on the right side of the main content area.

The main content area features a navigation bar with a red border containing the following items: '総' (Total), 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V'. Below this bar, the section 'B 相談受付表' (B Consultation Reception Table) is displayed. It contains two main sections: 'B1 入所に対して本人の意思が関与した度合い' (B1 Degree of involvement of the person's own will regarding admission) and 'B2 受付日' (B2 Reception date). Each section has a '施設' (Facility) button and an '入力欄を開く' (Open input field) button. There are also 'memo' buttons for each section. At the bottom, there are buttons for '居宅' (Residence), '施設' (Facility), and '高齢者' (Elderly), and a note: '※西暦で記入して下さい(例:2012/04/15)' (Please enter in Gregorian calendar (example: 2012/04/15)).

3. アセスメントを入力する

⑧ アセスメントを終了して確定保存する

The screenshot shows the interRAI JAPAN assessment interface. At the top, the logo and 'interRAI JAPAN' are visible, along with user information 'インターライ日本' and a 'ログアウト' button. The main heading is 'アセスメント表' (Assessment Table). Below it, the user is identified as '利用者: 青山 タキ 様'. A callout box at the top right states: '① アセスメントの入力がすべて終わったら、「保存する」をクリックして内容を一時保存する' (When all assessment input is complete, click '保存する' to temporarily save the content). The '保存する' button is highlighted with a red box. Below the user name, a row of buttons labeled '総' (Total), 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V' is shown. The '総' button is circled in red. A callout box at the bottom left states: '② 「総」をクリックしてCAPサマリー表へ移動する' (Click '総' to move to the CAP summary table). Below this row, the section 'V2 アセスメント情報' (V2 Assessment Information) is visible, including a '管理者のサイン' (Administrator's Signature) field, a 'memo' button, and a section for 'アセスメント完成日' (Assessment Completion Date) with buttons for '居宅' (Residence), '施設' (Facility), and '高齢者' (Elderly), and a date input field showing '2012/10/22'. At the bottom, there is a 'メモ' (Memo) section with a text area.

interRAI JAPAN

インターライ日本 ログアウト

アセスメント表

利用者: 青山 タキ 様

① アセスメントの入力がすべて終わったら、「保存する」をクリックして内容を一時保存する

保存する

総 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V

V2 アセスメント情報

管理者のサイン

memo

(V2) アセスメント完成日

居宅 施設 高齢者

memo

※西暦で記入して下さい(例: 2012/04/15)

2012/10/22

(メモ)

3. アセスメントを入力する

⑧ アセスメントを終了して確定保存する



インターライ日本

ログアウト

トップメニュー

アセスメント総合

利用者：青山 タキ 様

アセスメントの入力がすべて終わったら、
「**確定保存する**」をクリックして内容を保存する
(確定保存をクリックするまでは一時保存状態です。)

一覧に戻る

確定保存する

印刷帳票は確定保存後ご利用いただけます

アセスメントメニュー

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

3. アセスメントを入力する

⑧ アセスメントを終了して確定保存する

アセスメント一覧

利用者：青山 タキ 様

利用者一覧に戻る

アセスメント新規作成

選択アセスメントを削除

	種別	アセスメント基準日	状態	アセスメント担当者	アセスメント完成日	[操作]
☒	居宅版	2014/08/13		アセスメント実施者50		コピー 編集
☐	居宅版	2014/08/13	一時保存	アセスメント実施者50		コピー 編集

[ページのトップへ移動](#)

確定保存されるとチェックボックスと「一時保存」の表示が消える

4. 課題検討を行う

① 尺度で利用者の状態を確認する

アセスメント総合（施設版）

利用者：青山 タキ 様

一覧に戻る

アセスメントメニュー

A 基本情報

B 相談受付表

C 認知

D コミュニケーションと視覚

E 気分と行動

F 心理社会面

G 機能状態

H 失禁

I 疾患

J 健康状態

K 口腔および栄養状態

L 皮膚の状態

M アクティビティ

N 薬剤

O 治療とケア

P 環境

Q 支援状況

R 退所の可能性

S 環境

U 利用の終了

V アセスメント情報

アセスメント表を印刷する

CAP検討

入力完了すると、「アセスメント総合」画面で「尺度(Scales)」の得点が表示されます

尺度(Scales)

BMI	18.1
うつ評価尺度：DRS	0点
認知機能尺度：CPS	6 最重度の障害がある
日常生活自立段階：ADL-H	6 全面援助
痛み評価尺度：PAIN	2:中程度の痛み

尺度名をクリックすると尺度の計算方法などが読める

うつ評価尺度(DRS): うつの評価を気分に関する7つのアセスメント項目から算出する指標。3点以上の場合、うつに関する問題を抱えている可能性がある。

認知機能尺度(CPS): 認知機能の評価を行う7段階の指標。MMSEの平均得点と高い相関がある。

日常生活自立段階(ADL-H): ADLの機能障害のプロセスをもとに設定された7段階の尺度。この段階が変化した場合、利用者に有意な状況変化(改善・悪化)が起こったと解釈できる

痛み評価尺度(PAIN): 痛みの程度と頻度をもとに算出

copyright 2013 ASPIC allrights reserved.

24

4. 課題検討を行う

② CAP検討を行う

アセスメント総合（施設版）
利用者 青山 タキ 様

[一覧に戻る](#)

アセスメントメニュー

A 基本情報	B 相談受付表	C 認知	D コミュニケーションと視覚
E 気分と行動	F 心理社会面	G 機能状態	H 失禁
I 疾患	J 健康状態	K 口腔および栄養状態	L 皮膚の状態
M アクティビティ	N 薬剤		
Q 支援状況	R 退所の可能性	S 環境評価	T 今後の見通しと全体状況
U 利用の終了	V アセスメント情報		
アセスメント表を印刷する	CAPサマリー表	CAP検討	

「CAP検討」をクリック

※「CAPサマリー表」は、6月1日以前に入力されたデータがある場合のみ表示されます。
クリックするとCAPサマリー表が表示されます。

4. 課題検討を行う

② CAP検討を行う

トリガーされた
CAPが表示される

CAP検討グループ一覧

利用者 : 青山 タキ 様

アセスメント総合

トリガーされたCAPが表示される

CAP	トリガー	
3.ADL	改善	☐
7.認知低下	モニター	☐
10.気分	高リスク	☐
18.褥瘡	悪化予防	☐
19.心肺機能	○	☐
20.低栄養	高リスク	☐
24.適切な薬剤使用	○	☐
26.尿失禁	改善	☐
27.便秘	改善	☐

CAP(トリガーされていない)	
1.身体活動の推進	☐
2.IADL	☐
4.住環境の改善	☐
5.施設入所のリスク	☐
6.身体抑制	☐
8.せん妄	☐
9.コミュニケーション	☐
11.行動	☐
12.虐待	☐
13.アクティビティ	☐
14.インフォーマル支援	☐
15.社会関係	☐
16.転倒	☐
17.痛み	☐
21.脱水	☐
22.胃ろう	☐

検討表グループ

名称: 選択CAPでグループ作成

順序	名称	対象CAP
保存	選択グループ削除	

※選択されたグループが対象となります。

4. 課題検討を行う

② CAP検討を行う

CAP検討グループ一覧

利用者 青山 タキ 様

アセスメント総合

検討したいCAPにチェックをつける
(1つだけでも可)

CAP一覧

CAP	トリガー	
3.ADL	改善	☒
7.認知低下	モニター	☒
10.気分	高リスク	☒
18.褥瘡	悪化予防	☐
19.心肺機能	○	☐
20.低栄養	高リスク	☐
24.適切な薬剤使用	○	☐
26.尿失禁	改善	☐
27.便秘	改善	☐

CAP(トリガーされていない)

1.身体活動の推進	☐
2.IADL	☐
4.住環境の改善	☐
5.施設入所のリスク	☐
6.身体抑制	☐
8.せん妄	☐

グループの名前を入力

検討表グループ

名称: ADL改善 選択CAPでグループ作成

順序 名称 対象CAP

保存 選択グループ削除

計画書に送信 CAP検討E

「選択CAPでグループ作成」をクリック

※選択されたグループが対象となります。

4. 課題検討を行う

② CAP検討を行う

CAP検討グループ

CAP一覧

CAP	トリガー	
3.ADL	改善	☐
7.認知低下	モニター	☐
10.気分	高リスク	☐
18.褥瘡	悪化予防	☐
19.心肺機能	○	☐
20.低栄養	高リスク	☐
24.適切な薬剤使用	○	☐
26.尿失禁	改善	☐
27.便秘	改善	☐

検討表グループ

名称: 選択CAPでグループ作成

順序	名称	対象CAP	
☐ 0	ADL改善	3,7,10	☐ 検討

保存 選択グループ削除

「検討」をクリックして検討を開始する



グループを削除したい場合は
チェックを入れて「選択グループ削除」をクリック
保存したい場合は「保存」をクリック

「順序」に入れた数字の順に2表に表示される

4. 課題検討を行う

② CAP検討を行う

CAPの全トリガー項目と入力された数値が表示される

CAP検討グループ			
名称	ADL改善	対象CAP	3,7,10
ガイドライン			
トリガーとその具体的状況	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性及びケアの内容を検討する（短期目標を設定する）	
【CAP3】 C3a = 1 C3 = 0 C4 = 0 C5 = 2 G6 = 1 I1a = 0 I1s = 0 J1 = 0 J7b = 0 J7c = 0 O4aB = 0 O5a = 0 T2 = 0 ADLH = 2 CPS = 1			
【CAP7】 C3a = 1 C3b = 0 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 2 D1 = 0 D2 = 0 E1e = 0 E1h = 2 E3a = 0 E3c = 0 I1c = 0 I1d = 0 J7c = 0 J2 = 0 CPS = 1	生活全般の解決すべき課題 (最大127文字)	長期目標 (最大127文字)	全体削除
【CAP10】 DRS = 2	短期目標 (最大127文字)	ケア内容 (最大127文字)	削除
	課題・長期追加	短期・ケア追加	
	備考		

緑枠内の入力欄が追加される

青枠内の入力欄が追加される

4. 課題検討を行う

② CAP検討を行う

CAP検討

利用者：青山 タキ 様

保存するCAP検討グループ一覧へ

CAP検討グループ

名称	ADL改善	対象CAP	3,7,10
----	-------	-------	--------

ガイドライン

トリガーとその具体的状況	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性及びケアの内容を検討する（短期目標を設定する）
【CAP3】 C3a = 1 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 2 G6 = 1 I1a = 0 I1s = 0 J1 = 0 J7b = 0 J7c = 0		

入力が終わったら、「保存する」をクリックして保存し、「CAP検討グループ一覧へ」をクリックして戻る

5. サービス計画書を作成する

① 検討内容を計画書様式に送信する

CAP検討グループ

CAP一覧

CAP	トリガー	
19.心肺機能	○	☐
20.低栄養	高リスク	☐
24.適切な薬剤使用	○	☐
26.尿失禁	改善	☐
27.便秘	改善	☐

計画書表に送りたい検討グループにチェックを入れる

検討表グループ

名称: 選択CAPでグループ作成

順序	名称	対象CAP	
☒	ADL改善	3,7,10	検討
☒	体調管理	19,20,24	検討
☒	排泄	26,27	検討

保存 選択グループ削除

計画書に送信 CAP検討印刷 CAP検討ファイル

※選択されたグループが対象となります。

「計画書に送信」をクリックする

※検討用紙を印刷したい場合は
「CAP検討印刷」をクリックして
エクセルファイルをダウンロードする

5. サービス計画書を作成する

② 計画書2表を編集

サービス計画書

利用者：青山タキ 様

入力欄をクリックすると編集できる

一覧に戻る 保存する 複製する 削除する

1表を印刷する 2表を印刷する 3表(空表)を印刷する

利用者情報

計画書作成日[変更日](必須)	2013/12/17	初回計画書作成日	
利用者名	青山タキ		
生年月日	1929/09/10	住所	
計画作成者	天野 貴史		
事業所・施設名および所在地	インターライ		
要介護状態区分	要介護 5	認定日	
認定の有効期間			

- 「保存する」をクリックすると変更が保存される
- 「複製する」をクリックするとコピーが作成される
- 「削除する」をクリックすると計画書が削除される

サービス計画書（2）

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		援助内容		※1	サービス種類	※2	頻度	期間
	長期目標	期間	短期目標	期間					
1. 日常生活動作が自立できるようにしたい	1. 日常生活動作ができるようになる 2. 身体活動量を増やし維持する		立位・移動・起き上がり動作等の獲得 興味のあるアクティビティに参加し、身体活動量を増やす		1. 短期集中リハビリの実施 2. 以前興味を示した園芸療法に参加を促す				
安全で穏やかな日常生活が送れる	せん妄疑いへの対応 認知能力低下への対応		1) 看護師に報告 2) 安全に配慮し事故を防ぐ		1) 看護師がせん妄、認知能力低下に関する症状の観察を行い、医師に報告する 2) 転倒などの事故が起こらないように配慮した援助を行う				
尿・便失禁しないようにしたい	尿・便失禁が悪化しない		尿・便失禁しないように支援する		1) 尿・便失禁のアセスメントと対応 2) 定時の排尿・排便誘導				

5. サービス計画書を作成する

③ 計画書1表を編集

入力欄をクリックすると編集できる

前ページの「保存する」「複製する」「削除する」をクリックすると、計画書1・2表の両方に操作が適用されます

サービス計画書（1）

利用者および家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類指定	
総合的な援助の方針	

ページのトップへ移動

© copyright 2011- 2013 interrai Japan Committee allrights reserved.

5. サービス計画書を作成する

④ 計画書1表を印刷する

- P32の画面で「計画書1表を印刷する」をクリックするとエクセルファイルがダウンロードされる
- ・「保存する」を選択してコンピューター内に保存する
 - ・保存されたファイルを開く

エクセルの印刷機能を使って印刷する

AS

基本ツールバー

D26

クリックしてヘッダーを追加

第1表		サービス計画書(1)	
利用者名	青山タキ 様	生年月日	1929/09/10
サービス計画書作成者氏名		住所	
事業所・施設名および所在地			
サービス計画書作成(変更)日	2013/12/17	初回サービス計画書作成日	2012/07/19
認定日		認定の有効期間	～
要介護状態区分	要介護5		
利用者及び家族の生活に対する意向			
介護認定審査会の意見及びサービスの種類指定			
総合的な援助の方針			
サービス計画書の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。			
説明・同意・交付日		年 月 日	署名・捺印

計画書1

コマンド ページ: 1/1

注意:エクセルファイルの内容を変更しても、クラウド上には反映されません。
内容を変更する場合はP32の画面で行ってください

5. サービス計画書を作成する

⑤ 計画書2表を印刷する

- P32の画面で「計画書2表を印刷する」をクリックするとエクセルファイルがダウンロードされる
- ・「保存する」を選択してコンピューター内に保存する
 - ・保存されたファイルを開く

エクセルの印刷機能を使って印刷する

MS Excel 2010 基本ツールバー

B1 サービス計画書

クリックしてヘッダーを追加

第2表		サービス計画書										
利用者名 青山タキ 様												
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		長期目標		短期目標		サービス内容		※1	サービス種類	※2	頻度	期間
1. 日常生活動作が自立できるようにしたい		1. 日常生活動作ができるようになる		立位・移動・起き上がり動作等の獲得		1. 短期集中リハビリの実施 2. 以前興味を示した園芸療法に参加を促す						
2. 身体活動量を増やし維持する				興味のあるアクティビティに参加し、身体活動量を増やす								
安全で穏やかな日常生活が送れる		せん妄疑いへの対応 認知能力低下への対応		1) 看護師に報告 2) 安全に配慮し事故を防ぐ		1) 看護師がせん妄、認知能力低下に関する症状の観察を行い、医師に報告する2) 転倒などの事故が起こらないように配慮した援助を行う						
尿・便失禁しないようにしたい						1) 尿・便失禁のアセスメントと対応 2) 定時の排尿・排便誘導 3) 失禁時の状況や状態の観察 4) 食事内容、水分摂取量の記録 5) パッドの使用						
尿・便失禁が悪化しない		尿・便失禁が悪化しない		尿・便失禁ないように支援する								
居宅サービス計画について説明を聴き、内容に同意し交付を授けました。							説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄		印	
※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。												
※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。												

コマンド ページ: 1/1

注意:エクセルファイルの内容を変更しても、クラウド上には反映されません。
内容を変更する場合はP32の画面で行ってください

5. サービス計画書を作成する

⑥ 計画書3表を印刷する

- P32の画面で「計画書3表を印刷する」をクリックするとエクセルファイルがダウンロードされる
- ・「保存する」を選択してコンピューター内に保存する
 - ・保存されたファイルを開く

エクセルの印刷機能を使って印刷する

注意: 計画書3表はエクセルファイルのみの空表です。
入力した内容はクラウドには保存されません。

第3表		週間サービス計画書							
利用者		青山タキ 様						作成年月日	2013年12月17日
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	04:00								
	06:00								
早朝	08:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
	16:00								
午後	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								
深夜	02:00								
	04:00								
週単位以外のサービス									

5. サービス計画書を作成する

⑦ 計画書2表の履歴を管理する

P32の「サービス計画書」画面で「一覧に戻る」をクリックするか、
P10の「利用者一覧」画面で「計画書」をクリックすると
計画書一覧画面に移動する

サービス計画書一覧

利用者：青山 タキ 様

新規作成	
サービス計画書作成[変更日]	[操作]
2014/04/01	編集
2014/04/01	編集
2014/04/01	編集

利用者一覧に戻る

ページのトップへ移動

編集をクリックするとサービス計画書画面に移動し、
計画書の内容を編集できる

6. 入力内容を印刷する

① アセスメント表をダウンロードする

アセスメント総合（施設版）
利用者 青山 タキ 様

一覧に戻る

アセスメントメニュー

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

アセスメント表を印刷する

「アセスメント表を印刷する」をクリックするとエクセルファイルのダウンロードが開始される

※「開く」ではなく「保存する」でコンピューターに保存してください

6. 入力内容を印刷する

② アセスメント表を印刷する

保存したエクセルファイルを開き、
エクセルの印刷機能を使って印刷する

インターライ方式 ケア アセスメント表				
A 基本情報				
A1	氏名	居	施	高
A2	性別	居	施	高
	1 男性			2
	2 女性			
A3	生年月日 ※西暦で記入して下さい	居	施	高
	1929/09/10			
A4	婚姻状況	居	施	高
	1 結婚したことがない			2
	2 結婚している			
	3 パートナーがいる			
	4 死別した			
	5 別居中、事実上婚姻関係でない			
	6 離婚した			
A5	介護保険証番号			
A5a	保険者番号	居	施	高
	001			
A5b	被保険者番号	居	施	高

7. 初回以降のアセスメント

① 利用者を検索する

特定の利用者を呼び出したい場合、
氏名、事業所番号、事業所名、被保険者番号
で検索できる

「ログイン」
→「利用者一覧・アセ
スメント」
と進んで利用者一覧
の画面を出す

利用者一覧

① 検索したい情報を入れる

連携番号		完全一致
氏名	青山	漢字、カナの部分一致検索。
事業所番号		完全一致
事業所名		部分一致検索
被保険者番号		完全一致
☐ 中止利用者を検索に含める場合にチェックして下さい		
一覧表示する 新規利用者作成 CSV一覧		

② 「一覧を表示する」をクリックする

連携番号	氏名	性別	要介護度	事業所	保険者番号 被保険者番号	[操作]
	青山タキ アオヤマタキ	女性	要介護 5	intersprt サポートインターライ日本		編集 アセスメント 計画書

[ページのトップへ移動](#)

③ 条件に該当する利用者のみが表示される

7. 初回以降のアセスメント

② 利用者を選択する

利用者一覧

連携番号		完全一致
氏名	青山	漢字、カナの部分一致検索。
事業所番号		完全一致
事業所名		部分一致検索
被保険者番号		完全一致
中止利用者を含む	☐	中止利用者を検索に含める場合にチェックして下さい
一覧表示する 新規利用者作成 CSV一覧		

連携番号	氏名	性別	要介護度	事業所	保険者番号 被保険者番号	[操作]
	青山タキ アオヤマタキ	女性	要介護 5	intersprt サポートインターライ日本		編集 アセスメント 計画書

アセスメントしたい利用者の
「アセスメント」をクリックする

7. 初回以降のアセスメント

③ アセスメントをコピーする

interRAI JAPAN

サポートインターライ日本 ログアウト

トップメニュー

アセスメント一覧

利用者 青山 タキ 様

利用者一覧に戻る アセスメント新規作成 選択アセスメントを削除

種別	アセスメント基準日	状態	アセスメント担当者	アセスメント完成日	[操作]
施設版	2013/12/16			2013/06/21	コピー 編集
施設版	2013/06/21			2013/06/21	コピー 編集

前回のアセスメントの列で「コピー」をクリックする

7. 初回以降のアセスメント

③ アセスメントをコピーする

①入力する版を選ぶ

②基準日を入力
(必須、半角のみ)

③「アセスメントを複製する」をクリック

※クリックすると「アセスメント総合」画面が現れコピーが作成されますので、入力を進めてください

※ただし、CAP検討の内容はコピーされませんのでご注意ください