

事例(Aさん)

CAPの選定(トリガー)

Aさんは、下記の項目が「過去3日間毎日見られた」

- ☑否定的なことをいう
- ☑自分や他者に対する継続した怒り
- ☑悲しみ、苦悶、心配した表情
- ☑泣く、涙もろい



上記のアセスメント結果から「CAP10 気分」が選定(トリガー)された

事例(Aさん)

《ガイドラインに沿って検討》

初期アセスメント

自傷の危険性があるか把握する

気分障害の原因を判断

- 気分の変化と関連しうる薬剤を確認する
- 医学的状態との関連を確認する
- 心理社会的変化との関連を確認する
- 気分問題の経過
- 気分障害の既往
- 気分障害とともに起こっている不安の程度

Aさんは薬を最近にしている

治療の経過観察

治療への反応

事例(Aさん)

《ガイドラインに沿って検討》

初期アセスメント

自傷の危険性があるか把握する

気分障害の原因を判断

気分の変化と関連しうる薬剤を確認する

治療の経過観察

治療への反応

気分障害と治療についての知識教育

まだ治療を受けていないため、受診した上で、副作用等をモニターする

ケアプランに「精神科の受診を勧める」ことを記載

事例(Aさん)

Aさんの選定CAP一覧

CAP	トリガー	CAP	トリガー
1 身体活動の推進	—	15 社会関係	○
2 IADL	○	16 転倒	○(中)
3 ADL	—	17 痛み	—
4 住環境の改善	○	18 褥瘡	—
5 施設入所リスク	○	19 心臓病	—
6 身体拘束	—	20 経口薬	—
7 認知低下	○(軽度)	21 溺水	—
8 せん妄	—	22 暑さ	—
9 コミュニケーション	—	23 採食・予食接種	—
10 気分	○(高)	24 適切な薬物使用	—
11 行動	—	25 喫煙と飲酒	—
12 虐待	—	26 暴行	—
13 アクティビティ	—	27 夜通	—
14 インフォームド同意	—		

(注) (中)とは中リスク、(高)とは高リスクのことを指す

事例(Aさん)

Aさんの課題検討のまとめ

選定されたCAP	ケアプランの内容
CAP10 気分	→ 精神科の受診
CAP2 IADL	→ 訪問介護による買い物と調理の支援
CAP4 住環境の改善	→ 住宅改修
CAP5 施設入所リスク	
CAP16 転倒	
【検討を見送ったCAP】	これら5CAPは、うつの状態に大きく影響を受けるため、うつの治療経過を見てから再検討する
CAP7 認知低下	
CAP15 社会参加	

次に、施設を利用する日さんについて、同じプロセスでケアプラン作成までを確認してみましょう

この事例では、本人の残存能力を正しく評価し、適切な目標設定に結びつける方法を学ぶことができます

プロフィール

- ・老健を利用中のBさんは88歳の女性
- ・認知機能に中程度の障害があるが、つい最近まで食事は見守りがあれば可能であった
- ・2か月前に肺炎と脱水を起こして入院し、1週間ほどきりで退院した
- ・老健に戻ってからは、摂取量を確保するため、食事、おやつ、水分の摂取をスタッフが全面介助した
- ・現在、肺炎と脱水の急性期状態から脱したが、食事動作の大部分はスタッフが援助している

アセスメント表(ADL)

<p>個人が日常の暮らしの中で、ADL（日常生活動作）に必要とする動作に独立して行っている。ただし、食事は、他の援助者による援助を受けている。ただし、食事、水分摂取の援助は、個人が援助を受けているが、その援助が継続的に行われている。個人が援助を受けているが、その援助が継続的に行われている。</p> <p>個人がすべての動作に独立して行っている。ただし、食事は、他の援助者による援助を受けている。ただし、食事、水分摂取の援助は、個人が援助を受けているが、その援助が継続的に行われている。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自立、準備の援助のみ（物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった） 2. 見守り、見守り/合図 3. 限定的な援助：四肢の動きを助ける、体重を支えずに身体的な誘導をする。 4. 広範囲な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げること含まれる）援助 5. 最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げること含まれる）援助、または50%以上に及び体重を支える援助 6. 全額依存：すべての動作において他者がすべて行った。 7. 全額依存（すべての動作において他者がすべて行った） 8. 全額依存（すべての動作において他者がすべて行った） 	<p>①、入浴・着替・排泄・掃除</p> <p>②、食生活（食事・水分摂取）</p> <p>③、上肢の動作</p> <p>④、下肢の動作</p> <p>⑤、歩行</p> <p>⑥、聴覚</p> <p>⑦、トイレ・排泄</p> <p>⑧、トイレの管理・排泄補助</p> <p>⑨、ベッドの管理</p> <p>⑩、静</p>
--	--

「ADLのアセスメント項目の選択肢」

- 0.自立：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった。
- 1.自立、準備の援助のみ：物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった。
- 2.見守り：見守り/合図
- 3.限定的な援助：四肢の動きを助ける、体重を支えずに身体的な誘導をする。
- 4.広範囲な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げること含まれる）援助
- 5.最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げること含まれる）援助、または50%以上に及び体重を支える援助
- 6.全額依存：すべての動作において他者がすべて行った。

なぜADLの動作を細かくみる必要があるのか

- ・動作を分割して細かく見ることで、ADLの自立度が変化する事が本人や介護者、ケアスタッフにも明確に理解できる
- ・例えば、訓練によって蓄替えの動作が、「4」から「3」になった場合、ADL自立度が1段階向上したことを意味する

※もし、選択肢が（自立・一部介助・全介助）の場合、「4」と「3」は一部介助に括られ変化を把握できない

なぜ「過去3日間」で観察するのか

- ・ADLは、朝できることも夕方にはできなかったり、ある日はできても次の日はできなかったり、ということが起こる
- ・そこで、3日間72時間の間に起こったすべてのADL動作に基づいて、その間の回数と程度で評価する方法で、より正確な状態把握を目指している

アセスメント結果

<p>個人が日常の暮らしの中で、ADL（日常生活動作）に必要とする動作に独立して行っている。ただし、食事は、他の援助者による援助を受けている。ただし、食事、水分摂取の援助は、個人が援助を受けているが、その援助が継続的に行われている。</p> <p>個人がすべての動作に独立して行っている。ただし、食事は、他の援助者による援助を受けている。ただし、食事、水分摂取の援助は、個人が援助を受けているが、その援助が継続的に行われている。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自立、準備の援助のみ（物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった） 2. 見守り、見守り/合図 3. 限定的な援助：四肢の動きを助ける、体重を支えずに身体的な誘導をする。 4. 広範囲な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げること含まれる）援助 5. 最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げること含まれる）援助、または50%以上に及び体重を支える援助 6. 全額依存：すべての動作において他者がすべて行った。 7. 全額依存（すべての動作において他者がすべて行った） 8. 全額依存（すべての動作において他者がすべて行った） 	<p>①、入浴・着替・排泄・掃除</p> <p>②、食生活（食事・水分摂取）</p> <p>③、上肢の動作</p> <p>④、下肢の動作</p> <p>⑤、歩行</p> <p>⑥、聴覚</p> <p>⑦、トイレ・排泄</p> <p>⑧、トイレの管理・排泄補助</p> <p>⑨、ベッドの管理</p> <p>⑩、静</p>
---	--

1. 評価結果 CAPの選定(トリガー)

BさんのADLをアセスメントした結果、下記に当てはまった

- ☑ ADLに何らかの援助を受けている

2. 評価結果 CAPの選定(トリガー)

その他のアセスメントの結果、下記にも当てはまった

CPS (認知機能尺度) スコア 3 (中程度の障害がある)	→	認知機能がかなりとも認知機能はある
J7 状態の不安定性 J7a 末期疾患であり、余命が 6ヶ月以内である ○ (該当)	→	最終末期ではない
G6 過去90日間 (または前回ア セスメント以降)のADLの変化 2 (悪化した)	→	状態の改善や機能水準の急変 ・ADLの変動(改善でも悪化でも)
O5 変移・入院 (過去90日間) O5a 入院 1回	→	・最近の入院

↓
「CAPS ADL」が選定(トリガー)された

[資料 3]

開催日時	26年11月18日(火) 10:00 ~ 16:00
場 所	社会福祉法人溪仁会 本部 会議室
受講者数	21名
1. 受講者の状況	

- ・MDSユーザーと初めてが、半々程度。
- ・ケアマネージャー14名、本部関係者7名。
- ・ケアマネージャーは全員施設。

2. 研修会の進め方（特徴的な点）

- ・インターライ方式を含め、いくつかのアセスメントツールについて検討段階。
- ・インターライ方式の特徴とMDSの違い、アセスメント入力からケアプラン作成までの流れ、クラウドの操作方法など。

3. 今後の進め方

- ・各施設のケアマネージャーに体験で使用してもらう。
- ・他のツールも含めて検討中で、導入は各施設のケアマネの判断になる。

[資料 4]

開催日時	27年2月12日(木) 13:00 ~ 16:00
場 所	特別養護老人ホーム芽室けいせい苑 会議室
受講者数	5名
1. 受講者の状況	

・過去に MDS ユーザーが 1 名、インターライ施設研修受講者 2 名（過去の MDS ユーザーと重複）。

・初めての受講は 3 名。

・インターライ施設研修への参加をきっかけにソフトを導入したため、未経験の現場職員と相談員、施設長も受講。

2. 研修会の進め方（特徴的な点）

・初めてインターライ（MDS も）の仕組みについて説明をうけるとのことなので、基本テキストを用いて、アセスメント・記入要綱・CAPS・領域検討用紙・プランの流れを説明。

・研修用テキストを用いて、アセスメントからのトリガーや CAP の特徴について説明。

・研修用テキストの転倒の CAP を使い、CAP の内容と自分たちの CAP への印象の違いを一度整理する。

・その上で先方施設入所者の事例から、トリガーされた中でも一番気になる CAP の領域検討用紙とプランを用いて、行動の CAP についてテキストを用いて読み合わせをしながらディスカッション形式で分析をし直した。

・その上でプランを見直し、特に目標の視点が違うことを確認できた。

・しかし、本来は認知機能と転倒の CAP も検討しなければ行動の CAP の理解は深まりにくい事例であったが、時間制約があり、今後自己学習で進めてもらうという対応しか取れず。

3. 今後の進め方

・インターライのソフトは導入されており、アセスメントの打ち込みと CAP のトリガーまでができる環境なので、記入要綱の読み合わせ・CAP の読み合わせを 1 日に 10 分くらいずつしていき、アセスメントの内容や CAP の意図する分析の視点について、計画作成担当者がまずは理解して現場に指導していけるようにしたい。

・そのためにイメージする事例を決めてテキストの読み込みをする。その上で疑問点（言葉の意味等）があれば、学会事務局に問い合わせるなどし、疑問点をそのままにしないようにしながら進めていくことを先方が決めた。

[資料 5]

開催日時	27年2月16日(月)、18日(水) 13:30 ~ 16:30
場 所	株式会社ヒューマンアカデミー1204室(大阪心斎橋)、自社会議室(西新宿)
受講者数	54名(16日近畿12名、九州7名、北海道3名、中部3名、幹部(本部系)8名、18日関東7名、九州9名、幹部(本部系)5名、計21名)

[資料 1-2]と同内容を実施した。実務研修もかねており、ベンダーによる給付管理システム上のアセスメント方法の説明あり。

ITのTV電話回線により、全国支部に同時中継した。

[資料 6]

社会福祉法人凌雲堂 特別養護老人ホームしらふじ様

インターライ方式研修会 プログラム

日時：平成27年2月21日（土）10：00～16：00

会場：特別養護老人ホームしらふじ 会議室

時間	内容
10：00～11：00 (60分)	●インターライ方式と構造 ＜講師＞医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志 ・アセスメントとCAPの関係について
11：00～11：10 (10分)	●質疑応答
11：10～12：00 (50分)	●アセスメント方法について 第1部 ＜講師＞医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志
12：00～13：00 (60分)	休憩（昼食）
13：00～14：40 (100分)	●アセスメント方法について 第2部 ＜講師＞医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志
14：40～14：55 (15分)	●質疑応答
14：55～15：05 (10分)	休憩
15：05～15：25 (20分)	●ケアサービスの質の評価研究『介護QI』について ＜担当＞公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究員 阿部 詠子
15：25～15：55 (30分)	●インターライ方式アセスメント・ケアプラン作成支援ソフト の使い方 ＜講師＞公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究員 阿部 詠子
15：55～16：00 (5分)	●質疑応答

CAP検討用紙

利用者：事例①

CAPグループ名：ADLの拡大

CAP - トリガーとその他の身体的状況	ガイドライン	ケアの方向性およびケアの内容を検討する（短期目標を決定する）
【CAP1】 G1A = 2 G2F = 2 G4a = 1 G5a = 1 G5b = 1	Nさん、75歳 男性 要介護 妻1（高齢者の日常生活自立 妻 42歳） 妻と2人暮らし、主介護者 妻 生活歴：運転代行車を自営していた。どちもかという病院内ではワンマンで、妻が食事や洗濯（洗濯前は50本×40年）を注意して洗濯していた。現在はADLは全て妻が行っている。 既往歴：9ヶ月前に多発性脳梗塞、左手半身不遂発症。1ヶ月入院。 生活状況：入浴と更衣に介助を要するが、食事・排泄は自立、短時間なら杖なし歩行も可能。病気になる前は自分でできたことができない。できるだけ自力で車椅子での入浴、着替え、洗濯を持って食事したいと希望あり。妻：本人の希望通り自分のことは自分でできるようにしてほしい。安全にお風呂に入ってもらいたい。退院直後に、1度相談があり、通所	ケアの方向性およびケアの内容を検討する（短期目標を決定する） 1. 体調を維持し、身体機能低下を予防したい CAP1身体活動の種類、のケア目標「身体的な目標と潜在的な障害に対する計画を立てる」から、再検査は身体機能低下の可能性が高いため、生活全般の自己管理が必要。また、認知機能低下についてモニタリングが必要。定期的に医師に身体に負担をかけ、高血圧を悪化させる可能性があることから食事療法や薬物について主治医や訪問医に相談しモニタリングしている。 2. できる日常生活動作を増やしたい CAP3 ADLのケア目標「実践が能力を下回っている場合、実践レベルを上げる」から、Nさんの現在の生活での評価と改善が必要。現在の体調を維持しながら用具の使用などで一人でできることを増やす。通所または訪問の導入を検討する。 3. 施設の入浴で安全に入浴したい
【CAP3】 G3a = 0 G3c = 0 G4 = 0 G5 = 1 G6 = 8 H1a = 0 H1b = 0 H1c = 0 H2 = 0 H3 = 0 H4 = 0 H5 = 0 H6 = 0 H7 = 0 H8 = 0 H9 = 0 H10 = 0 H11 = 0 H12 = 0 H13 = 0 H14 = 0 H15 = 0 H16 = 0 H17 = 0 H18 = 0 H19 = 0 H20 = 0	既往歴：9ヶ月前に多発性脳梗塞、左手半身不遂発症。1ヶ月入院。 生活状況：入浴と更衣に介助を要するが、食事・排泄は自立、短時間なら杖なし歩行も可能。病気になる前は自分でできたことができない。できるだけ自力で車椅子での入浴、着替え、洗濯を持って食事したいと希望あり。妻：本人の希望通り自分のことは自分でできるようにしてほしい。安全にお風呂に入ってもらいたい。退院直後に、1度相談があり、通所	CAP3 ADLのケア目標「実践が能力を下回っている場合、実践レベルを上げる」から、Nさんの現在の生活での評価と改善が必要。現在の体調を維持しながら用具の使用などで一人でできることを増やす。通所または訪問の導入を検討する。
【CAP7】 G7a = 0 G7b = 0 G7c = 0 G7d = 0 G7e = 0 G7f = 0 G7g = 0 G7h = 0 G7i = 0	1度相談があり、通所リハビリや訪問リハビリを勧めたが、「そんなのはやりたくない」と拒否していたが現在本人の意欲が高まっている。	3. 施設の入浴で安全に入浴したい

②トリガーされた内容から、CAPから予測される見込み（改善、悪化、維持）、リスク、アプローチの基本全体のケア目標を選択する。なぜそれが必要と考えたのか理由を入れる。

66

名称	ADLの拡大	対象CAP	1,3,7
----	--------	-------	-------

ガイドライン

トリガーとその他の身体的状況	ガイドラインに沿って問題の原因や特性、可能性を検討（問題を決定する）	ケアの方向性及びケアの内容を検討する（短期目標を決定する）
【CAP1】 G1A = 2 G2F = 2 G4a = 1 G5a = 1 G5b = 1	Nさん、75歳 男性 要介護（高齢者の日常生活自立 AD-自立） 妻と2人暮らし、主介護者 妻 生活歴：運転代行車を自営していた。どちもかという病院内ではワンマンで、妻が食事や洗濯（洗濯前は50本×40年）を注意して洗濯していた。現在はADLは全て妻が行っている。	1. 体調を維持し、身体機能低下を予防したい CAP1身体活動の種類、のケア目標「身体的な目標と潜在的な障害に対する計画を立てる」から、再検査は身体機能低下の可能性が高いため、生活全般の自己管理が必要。また、認知機能低下についてモニタリングが必要。また、定期的に医師に身体に負担をかけ、高血圧を悪化させる可能性があることから食事療法や薬物について主治医や訪問医に相談しモニタリングしている。 2. できる日常生活動作を増やしたい
【CAP3】 G3a = 0 G3c = 0 G4 = 0 G5 = 1 G6 = 8 H1a = 0 H1b = 0 H1c = 0 H2 = 0 H3 = 0 H4 = 0 H5 = 0 H6 = 0 H7 = 0 H8 = 0 H9 = 0 H10 = 0 H11 = 0 H12 = 0 H13 = 0 H14 = 0 H15 = 0 H16 = 0 H17 = 0 H18 = 0 H19 = 0 H20 = 0	既往歴：9ヶ月前に多発性脳梗塞、左手半身不遂発症。1ヶ月入院。 生活状況：入浴と更衣に介助を要するが、食事・排泄は自立、短時間なら杖なし歩行も可能。病気になる前は自分でできたことができない。できるだけ自力で車椅子での入浴、着替え、洗濯を持って食事したいと希望あり。妻：本人の希望通り自分のことは自分でできるようにしてほしい。安全にお風呂に入ってもらいたい。退院直後に、1度相談があり、通所	CAP3 ADLのケア目標「実践が能力を下回っている場合、実践レベルを上げる」から、Nさんの現在の生活での評価と改善が必要。現在の体調を維持しながら用具の使用などで一人でできることを増やす。通所または訪問の導入を検討する。
【CAP7】 G7a = 0 G7b = 0 G7c = 0 G7d = 0 G7e = 0 G7f = 0 G7g = 0 G7h = 0 G7i = 0	1度相談があり、通所リハビリや訪問リハビリを勧めたが、「そんなのはやりたくない」と拒否していたが現在本人の意欲が高まっている。	3. 施設の入浴で安全に入浴したい
生活全般の解決すべき課題 （最大12文字） T2 = ADLH = 1 CPS = 0		短期目標の達成で得られる望みも、状態、維持で
短期目標（最大127文字） G4 = 0 G5 = 1 G6 = 0 G7 = 0 G8 = 0 G9 = 0 G10 = 0 G11 = 0 G12 = 0 G13 = 0 G14 = 0 G15 = 0 G16 = 0 G17 = 0 G18 = 0 G19 = 0 G20 = 0		ケア目標（最大127文字） 1. 体調を維持できる。 2. 一人で行える日常生活動作が増える 3. 通所介護施設で安全に入浴ができる
課題・長期目標		短期ケア目標

[資料 8]

- ・[資料 2]と同じ資料を使用し実施した。
- ・自社利用者の事例展開と内容の検討を行った。(個人情報保護上の配慮により、掲載不可)

[資料 9]

2014/04/10

介護QI研究コンソーシアム

(株)ビジュアルビジョン 新任研修

「インターライ方式ケアアセスメント」

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

阿部 詠子

1. インターライ方式とは
2. MDSからの変更点
3. 課題の把握からケアプランまで一事例を使ってー
4. 自己学習機能のご紹介
3. まとめ、質疑

配布資料：

- ・インターライ方式ケアアセスメント (パワーポイント)
- ・インターライ方式ケアアセスメントQ & A
- ・参考資料 誌上 CAP を読む会 CAP1 身体活動の推進

2. インターライ方式居宅Q Iの定義

ADL の改善

分子:

ベースライン時の Early-Loss ADL スケール*¹ 得点が 1 以上で、フォローアップ時には減少していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

ADL が悪化した

Clinical Risk スケール*²

うっ血性心不全あり

痛み

転倒

入院

アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

ADL の悪化

分子:

ベースライン時の Early-Loss ADL スケール得点が 17 以下で、フォローアップ時には増加していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

Clinical Risk スケール

食事の準備に困難あり

家事に困難あり

入浴に困難あり

痛み

転倒

不安定な歩行

入院

認知機能尺度(CPS)

アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

尿失禁の悪化

分子:

ベースライン時に尿失禁の状態が「失禁状態（膀胱のコントロールがない）」より良く、フォローアップ時には悪化していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

食事の準備に困難あり

痛み

転倒

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

尿失禁の改善

分子:

ベースライン時に何らかの失禁があるか、カテーテルや瘻があり、フォローアップ時には改善していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

認知機能障害がある

悲しみ

入浴に困難あり

ADL 悪化

入院

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

認知障害の改善

分子:

ベースラインの認知機能尺度(CPS)得点が 1 以上で、フォローアップでは低下（改善）していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

電話の使用が困難

日常の意思決定に困難あり

アルツハイマー病またはその他の認知症あり

Clinical Risk スケール

痛み

不安定な行動

入院

認知機能障害がある

活動時間が 2 時間未満

他者を理解する

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

認知障害の悪化

分子:

ベースラインの認知機能尺度(CPS)得点が 6 以下で、フォローアップでは増加（悪化）していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満

アセスメント間隔が 6 ヶ月以内

電話の使用が困難

アルツハイマー病またはその他の認知症あり

金銭管理が困難

食事の準備に困難あり

入浴に困難あり

痛み

転倒

不安定な行動

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

コミュニケーション障害の改善

分子:

ベースラインのコミュニケーションスケールの得点が1以上で、フォローアップでは低下(改善)していた利用者

分母:

ベースラインと6か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65歳未満

アセスメント間隔が6ヶ月以内

電話の使用が困難

アルツハイマー病あり

アルツハイマー病以外の認知症あり

Clinical Risk スケール

悲しみ

ADL悪化

入院

アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが2回以上行われていない

コミュニケーション障害の悪化

分子:

ベースラインのコミュニケーションスケールの得点が7以下で、フォローアップでは増加(悪化)していた利用者

分母:

ベースラインと6か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65歳未満

アセスメント間隔が6ヶ月以内

金銭管理が困難

服薬管理が困難

電話の使用が困難

アルツハイマー病あり

アルツハイマー病以外の認知症あり

入浴に困難あり

うっ血性心不全あり

糖尿病

ADL Long スケール*³

Clinical Risk スケール

アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが2回以上行われていない