

表 41 QI を検討する際に確認した当該 QI 分野以外の CAP を参照した件数とその利用者全体（53 名）に占める割合（居宅）

参照した CAP 名	転倒の QI		ADL の悪化の QI		痛みのコントロールが不十分の QI	
	件	割合	件	割合	件	割合
身体活動の推進	3	5.7%	1	1.9%	0	0.0%
IADL	2	3.8%	0	0.0%	0	0.0%
ADL	0	0.0%			2	3.8%
住環境の改善	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
施設入所のリスク	4	7.5%	1	1.9%	0	0.0%
身体抑制	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
認知低下	3	5.7%	2	3.8%	1	1.9%
せん妄	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%
コミュニケーション	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
気分	6	11.3%	2	3.8%	2	3.8%
行動	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
虐待	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
インフォーマル支援	1	1.9%	0	0.0%	0	0.0%
社会関係	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%
転倒			3	5.7%	2	3.8%
痛み	4	7.5%	0	0.0%		
褥瘡	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%
心肺機能	1	1.9%	0	0.0%	2	3.8%
低栄養	2	3.8%	1	1.9%	2	3.8%
脱水	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
胃ろう	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
健診・予防接種	1	1.9%	1	1.9%	1	1.9%
適切な薬剤使用	0	0.0%	0	0.0%	1	1.9%
喫煙と飲酒	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
尿失禁	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
便通	1	1.9%	0	0.0%	1	1.9%
延件数	28	52.8%	14	26.4%	14	26.4%

※ケアマネジャーがケアプラン見直しを行った利用者 53 名の結果（複数回答）

居宅における当該 QI 分野以外の CAP を参照した件数と利用者全体に占める割合について、転倒の QI では「気分」が 6 件（11.3%）、「施設入所のリスク」「痛み」が 4 件（7.5%）、「身体活動の推進」「認知低下」が 3 件（5.7%）の順で回答数が多かった。ADL の悪化

の QI では「転倒」が 3 件（5.7%）、「認知低下」「気分」が 2 件（3.8%）の順で回答数が多かった。痛みのコントロールが不十分の QI では「ADL」「気分」「転倒」「心肺機能」「低栄養」が 2 件（3.8%）で最も回答数が多かった（表 41）。

表 42 QI を検討する際に確認した当該 QI 分野以外の CAP を参照した件数とその利用者全体（11 名）に占める割合（施設）

参照した CAP 名	転倒の QI		ADL の悪化の QI	
	件	割合	件	割合
身体活動の推進	3	27.3%	0	0.0%
ADL	3	27.3%		
身体抑制	0	0.0%	0	0.0%
認知低下	2	18.2%	1	9.1%
せん妄	1	9.1%	0	0.0%
コミュニケーション	5	45.5%	0	0.0%
気分	5	45.5%	0	0.0%
行動	2	18.2%	0	0.0%
アクティビティ	0	0.0%	0	0.0%
社会関係	1	9.1%	0	0.0%
転倒			0	0.0%
痛み	0	0.0%	0	0.0%
褥瘡	0	0.0%	0	0.0%
心肺機能	0	0.0%	0	0.0%
低栄養	3	27.3%	0	0.0%
脱水	4	36.4%	0	0.0%
胃ろう	1	9.1%	0	0.0%
健診・予防接種	0	0.0%	0	0.0%
適切な薬剤使用	0	0.0%	0	0.0%
喫煙と飲酒	0	0.0%	0	0.0%
尿失禁	3	27.3%	0	0.0%
便通	5	45.5%	0	0.0%
延件数	38	345.5%	1	9.1%

※ケアマネジャーがケアプラン見直しを行った利用者 11 名の結果（複数回答）

施設における当該 QI 分野以外の CAP を参照した件数と利用者全体に占める割合について、転倒の QI では「コミュニケーション」「気分」「便通」が 5 件（45.5%）、「脱水」が 4 件（36.4%）、の順で回答数が多かった。ADL の悪化の QI では「認知低下」が 1 件（9.1%）回答があった（表 42）。

表 43 QI を検討する際に確認した当該 QI 分野以外の CAP を参照した件数とその利用者全体（64 名）に占める割合（居宅・施設合計）

参照した CAP 名	転倒の QI		ADL の悪化の QI		痛みのコントロールが不十分の QI	
	件	割合	件	割合	件	割合
身体活動の推進	6	9.4%	1	1.6%	0	0.0%
IADL	2	3.1%	0	0.0%	0	0.0%
ADL	3	4.7%			2	3.1%
住環境の改善	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
施設入所のリスク	4	6.3%	1	1.6%	0	0.0%
身体抑制	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
認知低下	5	7.8%	3	4.7%	1	1.6%
せん妄	1	1.6%	1	1.6%	0	0.0%
コミュニケーション	5	7.8%	0	0.0%	0	0.0%
気分	11	17.2%	2	3.1%	2	3.1%
行動	2	3.1%	0	0.0%	0	0.0%
虐待	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
アクティビティ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
インフォーマル支援	1	1.6%	0	0.0%	0	0.0%
社会関係	1	1.6%	1	1.6%	0	0.0%
転倒			3	4.7%	2	3.1%
痛み	4	6.3%	0	0.0%		
褥瘡	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%
心肺機能	1	1.6%	0	0.0%	2	3.1%
低栄養	5	7.8%	1	1.6%	2	3.1%
脱水	4	6.3%	0	0.0%	0	0.0%
胃ろう	1	1.6%	0	0.0%	0	0.0%
健診・予防接種	1	1.6%	1	1.6%	1	1.6%
適切な薬剤使用	0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%
喫煙と飲酒	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
尿失禁	3	4.7%	0	0.0%	0	0.0%
便通	6	9.4%	0	0.0%	1	1.6%
延件数	66	103.1%	15	23.4%	14	21.9%

※ケアマネジャーがケアプラン見直しを行った利用者 64 名の結果（複数回答）

居宅と施設の合計における当該 QI 分野以外の CAP を参照した件数と利用者全体に占める割合について、転倒の QI では「気分」が 11 件（17.2%）、「身体活動の推進」「便

通」が 6 件 (9.4%)、「認知低下」「コミュニケーション」「低栄養」が 5 件 (7.8%) の順で回答数が多かった。ADL の悪化の QI では「認知低下」「転倒」が 3 件 (4.7%)、「気分」が 2 件 (3.1%) の順で回答数が多かった。痛みのコントロールが不十分の QI については施設では検討していないため居宅での結果と同様である (表 43)。

自由記述欄について QI のフィードバックが最も明らかな、利用者の状態が「変化していない」、ケアプランの変更について「変更しなかった」場合の CAP を読んで気づいた点の一覧を示す。

検討した QI : 転倒

対応する転倒の CAP を改めて読んで気づいた点

- 日中はほぼベッド上で過ごされているため筋力低下している。
- 高齢、体力や歩行に問題がある。
- 過去の転倒ある方は次の転倒率が高い。その多くは同様の状況で起こっている。
- アルコールの問題があると同時に下肢筋力が低下。
- 頸椎症があり歩行の不安定さの要因となっている。
- 過去の圧迫骨折と筋力低下および歩行バランスの悪さ。
- 足取りに問題がある。
- バランス感覚が転倒の危険性の問題。
- 右脳出血後遺症の為、規律時介助が必要。
- パーキンソン病による歩行能力の低下と、めまいによるふらつきが常に見られている。転倒を繰り返すことにより本人の不安も増している。
- 体調を崩された時期があり、身体活動を控えていた。
- バランス、体力、筋力の持久性の低下。身体活動の低さ。

対応しない CAP を改めて読んで気づいた点

- 身体活動の推進：高齢である為これ以上の活動を行うことは本人に負担がかかる。
- 施設入所のリスク：今後病気や転倒により歩行困難になった場合は独居不可能な為、入所の検討も視野におきたい。
- 施設入所のリスク：施設入所も検討しているが本人は拒否している。
- 施設入所のリスク：姉が通院介助を行っているが限界。姉に迷惑をかけていると、本人の気持ちも落ち込んでいる。
- 認知低下：本人が行える事は継続できるようケアの工夫が必要。
- コミュニケーション：ご本人への体調や意思の確認が十分にとれていなかった。
- 気分：孫が 1 人出て、1 人戻ってきたことでストレスになっている可能性。
- 痛み：痛みとその他の問題、ひきこもりやうつ、機能低下などの関連を認識する。
- 痛み：痛みを低減し得る環境を整備することで転倒のリスク低減にもつながる。
- 低栄養：常にアルコールの問題があり医師も介入し継続して禁酒促している。

検討した QI : ADL の悪化

対応する ADL の CAP を改めて読んで気づいた点

- 右腋窩から胸部にかけて神経障害性疼痛あり、慢性的な ADL の低下につながる。
- 膀胱直腸障害、下肢マヒ、左腹部に神経障害性疼痛が残存しており、ベッドでの生活となっている。
- 排泄のための移動などを続けられるように働きかける。
- 認知能力の低下があると、ADL の悪化を防止しにくくなる。
- 機能訓練の実施と転倒予防のため、歩行補助具の必要性を感じた。

対応しない CAP を改めて読んで気づいた点

- 認知低下：外出の機会が少なく、家族と訪問者以外のかかわりが少ない。
- 社会関係：身体機能や認知機能低下、痛みなどにより社会関係と気分の両方に悪影響をもたらす。
- 転倒：家族にトイレまでの歩行見守りが可能か確認が必要。
- 褥瘡：自発体交が困難で、仙骨感染の蜂窩織炎で入院した経緯がある。引き続き清潔を保持し、改善を目指す。
- 健診・予防接種：受診の必要性について働きかけているがやはり根気よく話す必要があるとわかった。

検討した QI : 痛みのコントロールが不十分

対応する痛みの CAP を改めて読んで気づいた点

- 痛みの管理は、鎮痛そのものを越えて、QOL や身体機能に焦点を合わせたケアや治療まで入る。
- 痛みは本人の QOL にも影響し、苦痛を和らげるのはもちろん感情や行動を観察することも必要。
- うつの関連性に注意を払うこと。
- 両手足のしびれと痛みあり。また膝の痛みもある。本人は手術しない事に決めたから仕方ないと思っている。

対応しない CAP を改めて読んで気づいた点

- 気分：礼節も保たれているように思えたが、家族に対しては暴言もある。もう一步深く本人と話をする必要がありそう。
- 気分：医学的状態との関係の他、心理社会的変化との関係を確認する。
- 適切な薬剤使用：多剤服用は必要性があり、複数の慢性疾患をコントロールする場合に効果的である。薬剤師などの薬の説明、副作用の確認などが必要。

(6) ケアプラン見直し調査の評価アンケート

ケアプラン見直し調査を依頼した各事業所のアセスメント担当者には調査票と併せて検討事例ごとに評価アンケートを実施した。なお、ケアプラン見直し調査に回答のあった 39 名（検討事例 64 件）全員から評価アンケートを回収することができた。

問 1：今回のケアプラン見直しは全体として役立ちましたか(n=64)

全く役立たなかった	あまり役立たなかった	どちらともいえない	やや役立った	おおいに役立った	合計
6.3%	3.1%	21.9%	40.6%	28.1%	100.0%

回答者の 68.7%が「やや役立った」「おおいに役立った」と回答した。「やや役立った」が 40.6%、「おおいに役立った」が 28.1%、「どちらともいえない」が 21.9%、「全く役立たなかった」が 6.3%、「あまり役立たなかった」が 3.1%の順に回答数が多かった。

問 2：ケアプランの見直しは CAP を読む契機になりましたか(n=64)

契機にならなかった	あまり契機にならなかった	どちらともいえない	やや契機になった	おおいに契機になった	合計
6.3%	0.0%	12.5%	42.2%	39.1%	100.0%

回答者の 81.3%が「やや契機になった」「おおいに契機になった」と回答した。「やや契機になった」が 42.2%、「おおいに契機になった」が 39.1%、「どちらともいえない」が 12.5%、「契機にならなかった」が 6.3%、「あまり契機にならなかった」が 0.0%の順に回答数が多かった。

問 3：ケアプランを見直すためにかかった時間について(n=64)

30分未満	30分～60分未満	60分～90分未満	90分～120分未満	120分以上	合計
12.5%	37.5%	26.6%	20.3%	3.1%	100.0%

回答者の 50.0%が「30分未満」「30分～60分未満」と回答した。「30分～60分未満」が 37.5%、「60分～90分未満」が 26.6%、「90分～120分未満」が 20.3%、「30分未満」が 12.5%、「120分以上」が 3.1%の順に回答数が多かった。

問 4：対象となっている QI のイベントの発生は未然に防ぐことができましたか(n=64)

防げなかった	どちらかといえば防げなかった	どちらともいえない	どちらかといえば防げた	防げた	合計
10.9%	15.6%	48.4%	21.9%	3.1%	100.0%

回答者の 26.5%が「防げなかった」「どちらかといえば防げなかった」と回答し、25%が「どちらかといえば防げた」「防げた」と回答した。「どちらでもない」が 48.4%、「ど

「どちらかといえば防げた」が 21.9%、「どちらかといえば防げなかった」が 15.6%、「防げなかった」が 10.9%、「防げた」が 3.1%の順に回答数が多かった。

表 44 問 1 とケアプラン見直しにかかった時間のクロス集計

	全く 役立たなかった	あまり 役立たなかった	どちらとも いけない	やや 役立った	おおいに 役立った	合計
60 分未満 (n=32)	12.5%	6.3%	34.4%	28.1%	18.8%	100.0%
60 分以上 (n=32)	0.0%	0.0%	9.4%	53.1%	37.5%	100.0%

60 分未満では回答者の 46.9%が「やや役立った」「おおいに役立った」と回答した。「どちらでもない」が 34.4%、「やや役立った」が 28.1%、「おおいに役立った」が 18.8%、「全く役立たなかった」が 12.5%、「あまり役立たなかった」が 6.3%の順に回答数が多かった。

60 分以上では回答者の 90.6%が「やや役立った」「おおいに役立った」と回答した。「やや役立った」が 53.1%、「おおいに役立った」が 37.5%、「どちらともいけない」が 9.4%、「全く役立たなかった」「あまり役立たなかった」が 0.0%の順に回答数が多かった (表 44)。

表 45 問 2 とケアプラン見直しにかかった時間のクロス集計

	契機に ならなかった	あまり契機に ならなかった	どちらとも いけない	やや 契機になった	おおいに 契機になった	合計
60 分未満 (n=32)	12.5%	0.0%	18.8%	43.8%	25.0%	100.0%
60 分以上 (n=32)	0.0%	0.0%	6.3%	40.6%	53.1%	100.0%

60 分未満では回答者の 68.8%が「やや契機になった」「おおいに契機になった」と回答した。「やや契機になった」が 43.8%、「おおいに契機になった」が 25.0%、「どちらともいけない」が 18.8%、「契機にならなかった」が 12.5%、「あまり契機にならなかった」が 0.0%の順に回答数が多かった。

60 分以上では回答者の 93.7%が「やや契機になった」「おおいに契機になった」と回答した。「おおいに契機になった」が 53.1%、「やや契機になった」が 40.6%、「どちらともいけない」が 6.3%、「契機にならなかった」「あまり契機にならなかった」が 0.0%の順に回答数が多かった (表 45)。

表 46 問 4 とケアプラン見直しにかかった時間のクロス集計

	防げなかった	どちらかといえば 防げなかった	どちらとも いえない	どちらかといえば 防げた	防げた	合計
60 分未満 (n=32)	18.8%	21.9%	37.5%	18.8%	3.1%	100.0%
60 分以上 (n=32)	3.1%	9.4%	59.4%	25.0%	3.1%	100.0%

60 分未満では回答者の 40.7%が「防げなかった」「どちらかといえば防げなかった」と回答し、21.9%が「どちらかといえば防げた」「防げた」と回答した。「どちらともいえない」が 37.5%、「どちらかといえば防げなかった」が 21.9%、「防げなかった」「どちらかといえば防げた」が 18.8%、「防げた」が 3.1%の順に回答数が多かった。

60 分以上では回答者の 12.5%が「防げなかった」「どちらかといえば防げなかった」と回答し、28.1%が「どちらかといえば防げた」「防げた」と回答した。「どちらともいえない」が 59.4%、「どちらかといえば防げた」が 25.0%、「どちらかといえば防げなかった」が 9.4%、「防げなかった」「防げた」が 3.1%の順に回答数が多かった（表 46）。

※見直しアンケート全個人票は、「総合研究報告書」の資料編に掲載している。

5. 政策への反映

(1) 本研究の総括

本研究ではインターライの居宅用と施設用の各アセスメントデータより構築されたデータベースから **QI** を算出した結果、各 **QI** は事業所によって異なる分布を見せており、サービスの質の評価指標として活用できることが確認できた。また、評価対象となった事業所における利用者の構成は、要介護度をはじめ、ADL、認知機能、うつの傾向等が大きく異なっており、適切な質の評価にはリスク調整が不可欠であることが明らかになった。

QI には 23 の領域があり、ADL 等における悪化の **QI** と改善の **QI** の他、「痛みのコントロールが不十分」や「介護者のストレスの継続」等の **QI** に分かれる。各事業所の管理者は、例えば ADL 悪化の **QI** が高ければ、生活リハがいつそう徹底するように介護サービスを見直す必要であろう。また、事業所の強み、弱みを見極め、例えば ADL 改善の **QI** が高ければ、このようなサービスを求める医療介護機関と連携するうえで有用なデータとなる。

さらに、利用者の特性に基づいて、各々の **QI** 領域において、当該事象が、それぞれの利用者に発生する確率を計算し、確率が低いにも拘わらず、発生していた場合には、ケアプランを見直す契機とすることができる。例えば A さんに転倒が発生する確率が 20%であったにも拘わらず、転倒が発生した場合には、A さんのケアプランを見直す必要がある。このように現状の問題点を可視化することで、質の改善に寄与できる可能性が、アセスメント担当者に 3つの **QI** 領域において、それぞれケアプランを見直すべき利用者の提示し、その対応をアンケートで確認することで検証できた。

(2) 政策への反映

本研究で用いた **QI** は、国際的に広く利用されているインターライ方式のアセスメントデータより計算されているので、まず利用者の特性を把握するうえでの信頼性と妥当性が十分に検証されている。次に、**QI** を計算するうえで不可欠なリスク調整についても、国際的なデータベースを用いてアルゴリズムが開発されており、現場で活用されている。したがって、インターライ方式としての緻密で精巧な方法が確立しているため、他の方式と部分的に接合して利用することは不可能である。

本研究により、日本においても **QI** を用いて、まず利用者の特性が大きく異なる広範な事業者においても適用できることが明らかとなった。次に、各 **QI** において、当該 **QI** が発生する可能性の低い利用者进行特定し、その結果をケアプラン担当者にフィードバックすることでケアプランを見直す、という TQM(Total Quality Management)サイクルを形成できる可能性が示唆された。すなわち、**QI** によって各事業所の質を客観的に評価するだけでなく、各利用者レベルにおける質の改善に結びつけることができる。

介護保険制度を含む社会保障制度の持続可能性を高めるため、ケアサービスが利用者に及ぼす効果(アウトカム)を可視化する指標の開発が求められおり、本研究はそれに対する有効性の検証された方法を提示する。質の評価体制の構築には介護事業者の協力が不可欠であり、そのためにはデータ取得の負担を最小化し、実際のケアプラン改善に活用できる仕組みが必要である。こうした観点から本研究では、提示した既存データを二次利用ることによって **QI** を算出し、ケアプランの見直しが必要な **QI** 領域を提示できるので、制度として導入されれば事業者の積極的な参加が期待できる。

文献

Andrea D.Foebel, Hein P.Van Hout, Henriette G.Van der Roest, Eva Topinkova, Vjenka Garms-Homolova, Dinnus Frijters, Harriet Finne-Soveri, Palmi V.Jonsson, John P. Hirdes, Roberto Bernabei and Graziano Onder (2015) Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs), *BMC Geriatrics*, 15:148.

Berg, K., Finne-Soveri, H., Gray, L., Henrard, J.C., Hirdes, J., Ikegami, N., et al. (2009) Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF, *BMC Health Services Research*, 9:47.

Bos, J.T., Frijters, D.H., Wagner C., Carpenter G.I., Finne-Soveri H., Topinkova E., et al. (2007) Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators, *Aging Clinical Experimental Research*, 19(4):323-9.

池上直己(監訳), 山田ゆかり, 石橋智昭(翻訳). (2011) インターライ方式ケアアセスメント[居宅・施設・高齢者住宅], 医学書院.

Morris, JN, Fries, BE, Frijters, D., Hirdes, J.P., and Steel, R., K. (2013) interRAI home care quality indicators, *BMC Geriatrics*, 13:127.

日本公衆衛生協会 (2010) 「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」平成21年度厚生労働省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)介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業.

(http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_05_all.pdf から平成27年3月に取得)

Ⅲ. 資料編

1. インターライ方式のアセスメントから算出される尺度

■ 日常生活自立段階:

ADL-H (Activities of Daily Living Self-Performance Hierarchy Scale)

(1) 目的

ADL の機能障害のプロセスを基に設定された 7 段階の尺度。この段階が変化した場合、利用者には有意な状況変化(改善・悪化)が起こったと解釈することができる。

(2) 指標の範囲

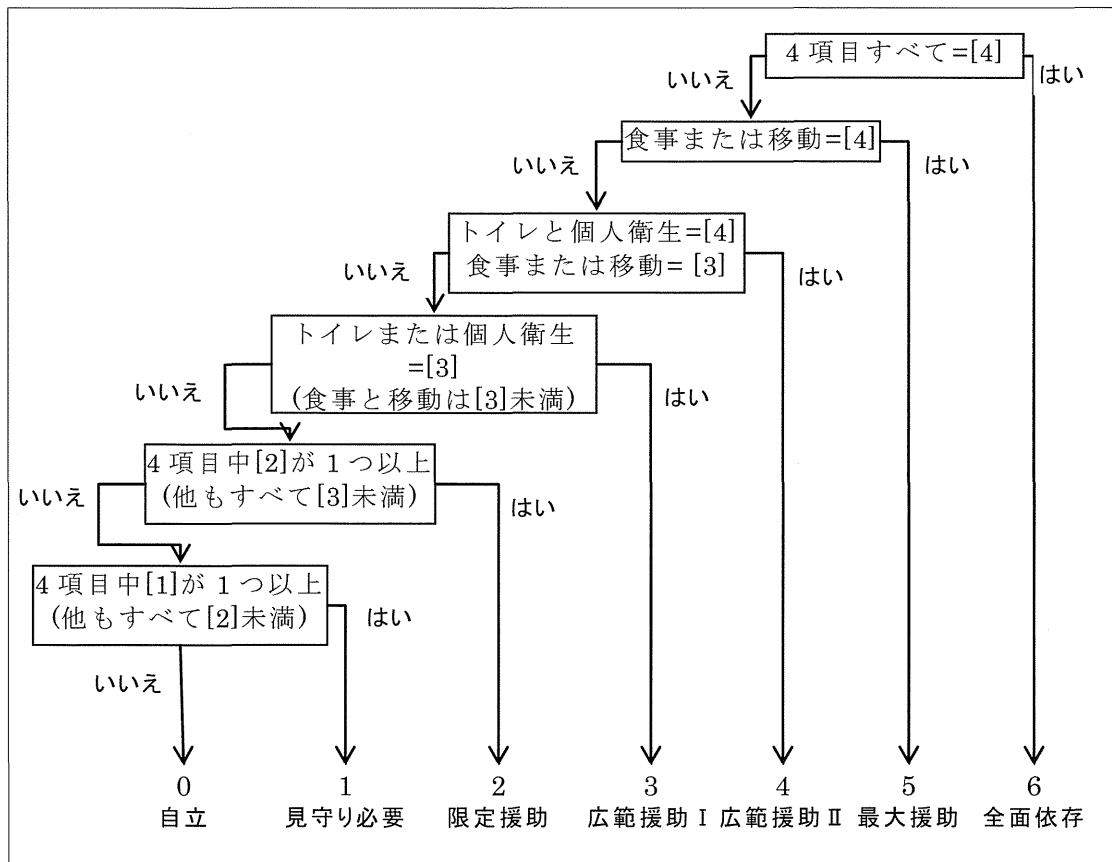
7 段階：0(自立[障害なし])ー6(全面依存)

(3) 使用する項目

G2b. 個人衛生 G2f. 移動 G2h. トイレの使用 G2j. 食事

《アセスメント表の選択肢》
 0.自立・1.準備の援助のみ・2.見守り・3.限定的な援助・4.広範囲な援助
 5.最大限の援助・6.全面依存・8.この動作はなかった
 《算出のための換算値》
 0.~1.→[0] 2.→[1] 3.→[2] 4.~5.→[3] 6.・8.→[4]
 (出展: interRAI© - Activities of Daily Living Short Form -)

(4) 算出方法



文献： Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54(11):M546-53.

■ うつ評価尺度：DRS (Depression Rating Scale)

(1)目的

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。

(2)得点の範囲

0～14 点。

(3)使用する項目

- E1a 否定的なことを言う
- E1b 自分や他者に対する継続した怒り
- E1c 非現実な恐れがあることを思わせる非言語を含む表現
- E1d 繰り返し体の不調を訴える
- E1e たびたび不安、心配ごとを訴える
- E1f 悲しみ、苦悩、心配した表情
- E1g 泣く、涙もろい

《アセスメント表の選択肢》

- 0.ない 1.あるが、過去 3 日間には見られていない
- 2.過去 3 日間のうち 1-2 日に見られた 3.過去 3 日間毎日見られた

(4)算出方法

《算出のための換算値》

選択肢をスコア算定用に換算：0.→[0] 1.～2.→[1] 3.→[2]

《算定式》

$$E1a + E1b + E1c + E1d + E1e + E1f + E1g = 0 - 14$$

文献：Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum dataset-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Ageing 2000 Mar;29(2):165-72.

■ 認知機能尺度：CPS(Cognitive Performance Scale)

(1)目的

認知機能の評価を行う 7 段階の指標である。この 7 段階は代表的な認知機能の尺度である MMSE(Mini-Mental State Examination)の平均得点と高い相関がある。

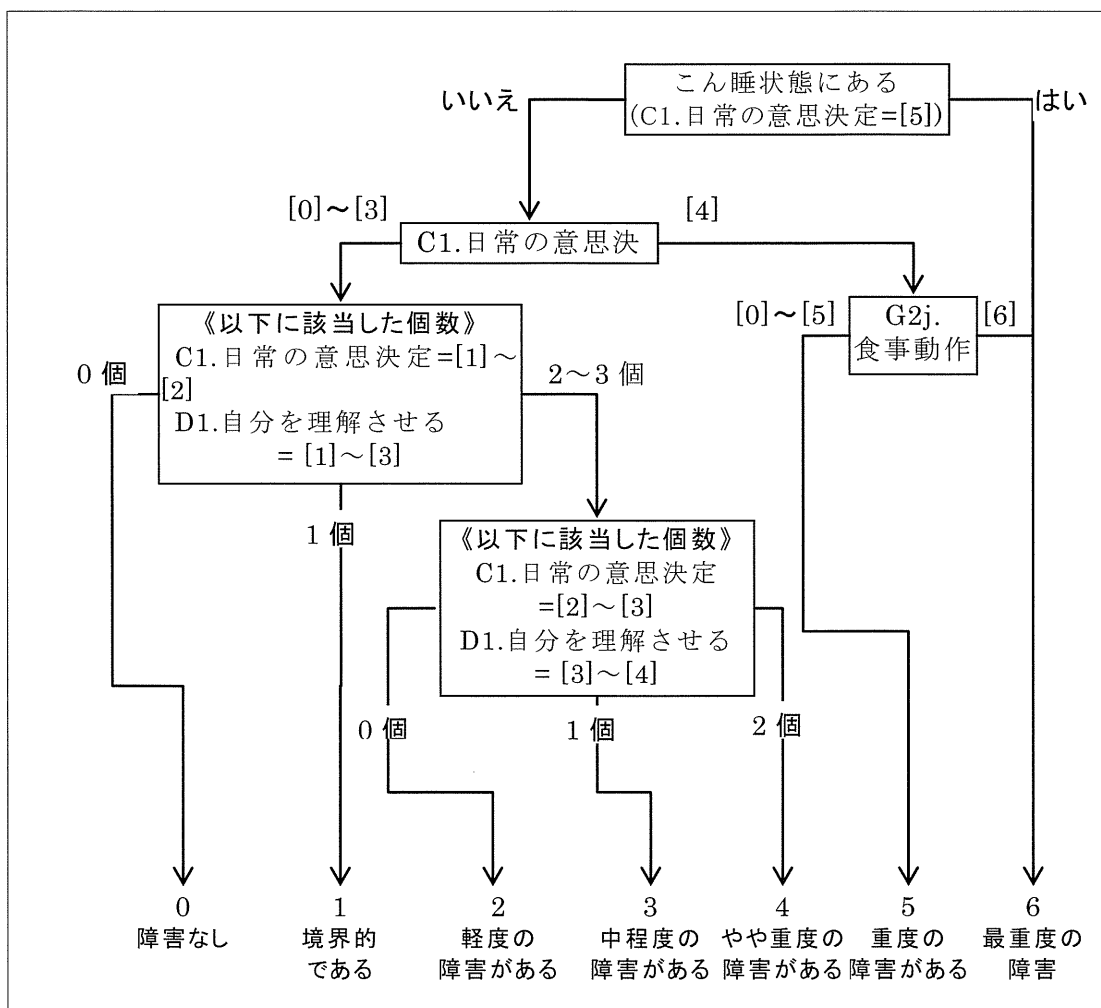
(2)指標の範囲

7 段階：0(障害なし)–6(最重度の障害がある)

(3)使用する項目

- ・ C1. 日常の意思決定を行なうための認知能力 ([0]~[5])
- ・ D1. 自分を理解させることができる ([0]~[4])
- ・ C2a. 短期記憶([0]~[1]) ・ G2j. 食事([0]~[6], [8])

(4)算出方法



文献: Morris JN, Fries BE, Mehr DR et al. MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology 1994; 49(3): M174-182.

2. インターライ方式居宅 QI 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

転倒

分子:

フォローアップ時から過去 90 日以内に 1 度以上転倒していた

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 が悪化した歩行補助具の仕様あり、不安定な歩行、移動の問題、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

IADL の改善

分子:

ベースラインの IADL スケールが 1 以上で、フォローアップ時に低下（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、悲しみ、ADL 悪化、うっ血性心不全あり痛み、入院、ADL Long スケール、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、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

IADL 悪化

分子:

ベースラインの IADL スケールが 14 以下で、フォローアップ時に増加（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、買い物が困難、Clinical Risk スケール 悲しみ、食事の準備に困難あり、家事に困難あり、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

外傷の発生

分子:

フォローアップ時に新たにけがや火傷が発生した

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、ADL 悪化、糖尿病、痛み、不安定な歩行 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