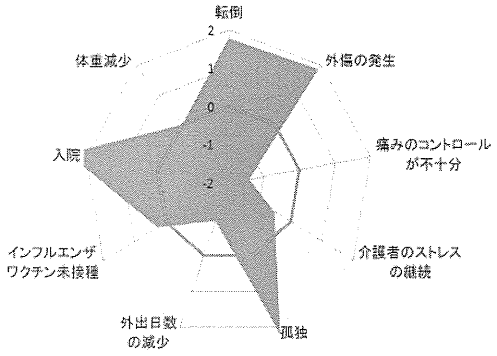
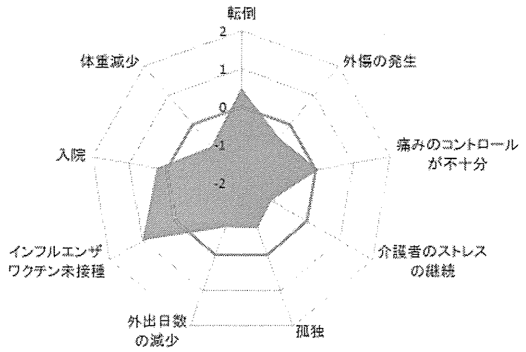
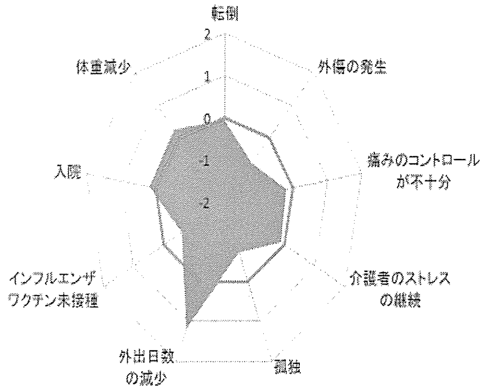
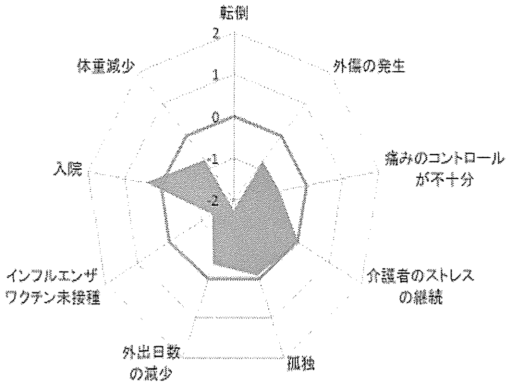
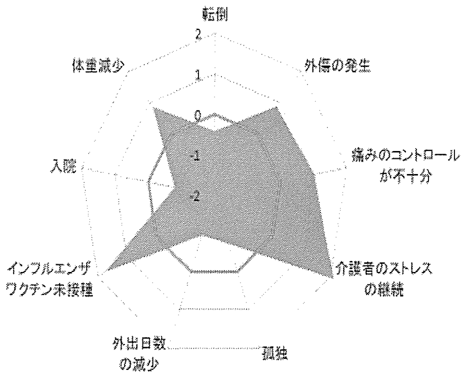
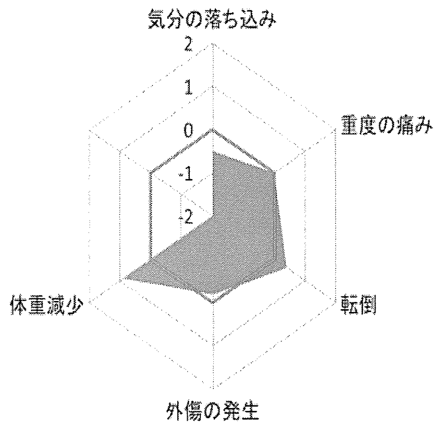
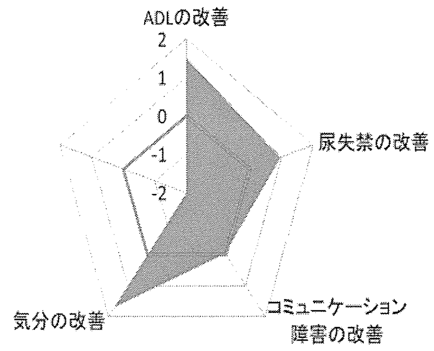
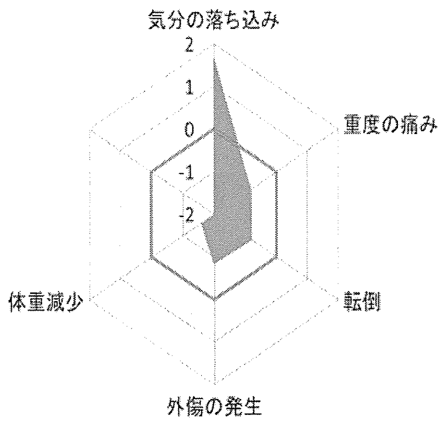
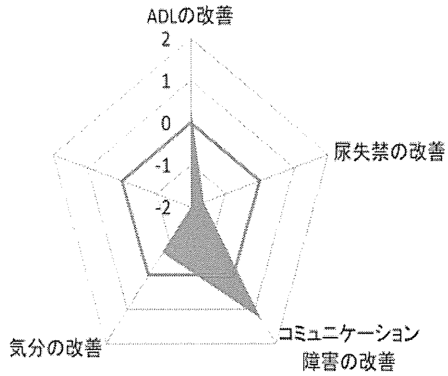
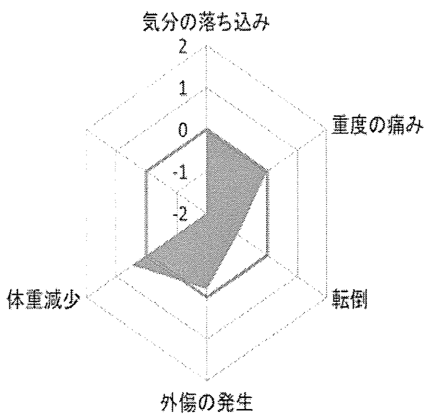
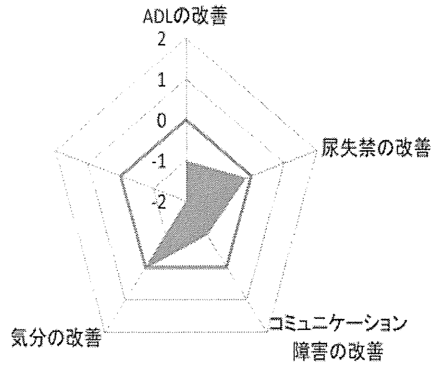
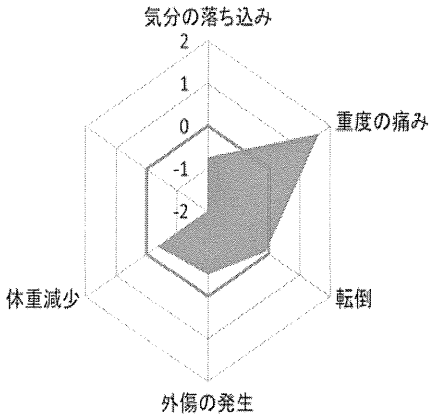
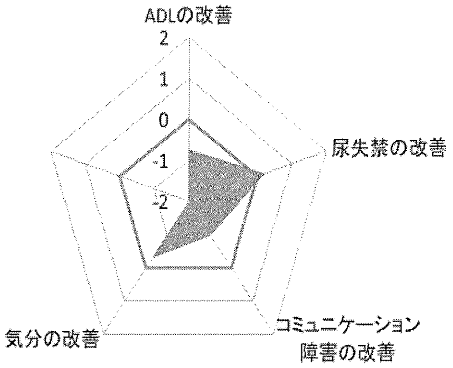
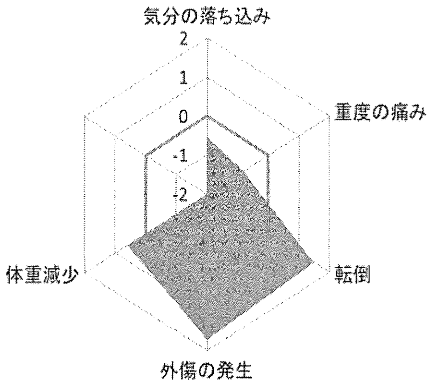
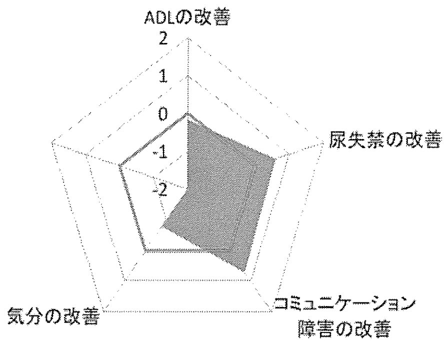
その他の QI（居宅）

※赤枠の内側ほど、その他の QI の割合が低い

G 事業所	I 事業所
	
K 事業所	**O 事業所**
	
R 事業所	
	

<table>
<tr><td>悪化の QI とその他の QI（施設）
※赤枠の内側ほど、悪化の割合が低い</td><td>改善の QI（施設）
※赤枠の外側ほど、改善の割合が高い</td></tr>
<tr><td>J 事業所</td><td>J 事業所</td></tr>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
<tr><td>L 事業所</td><td>L 事業所</td></tr>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
<tr><td>M 事業所</td><td>M 事業所</td></tr>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
</table>

悪化の QI とその他の QI（施設） ※赤枠の内側ほど、悪化の割合が低い	改善の QI（施設） ※赤枠の外側ほど、改善の割合が高い
N 事業所	N 事業所
 	
P 事業所	P 事業所
 	

(7) QI 算出後のケアプラン見直し

アンケートは平成 27 年 8 月作成データセットの結果に基づいて行われた。対象となったのは居宅が 6 法人 21 事業所から 660 件、施設では 4 法人 7 事業所から 323 件の QI 算出可能データであった。取得したアセスメントデータは平成 24 年 4 月 1 日から平成 27 年 6 月 30 日の期間における直近の 2 回分であり、かつ平成 27 年 7 月から 8 月にかけて行われたデータダウンロード時点で前回ダウンロード（平成 26 年 11 月）以降に新たなアセスメントデータの入力が行われた事業所を分析対象とした。

アセスメント担当者(主に介護支援専門員)に QI 算定によって「転倒」「ADL の悪化」「痛み」が確認された利用者のケアプランの見直しを求めた。その際に用いた回答例を示す（表 32)。

表 32　ケアプラン見直し調査回答例

事業所名	A 事業所
QI	転倒
アセスメント基準日	2015/2/19
利用者の状態の変化	アセスメント基準日と現在とで利用者の状態は変化していますか 変化していない
ケアプランの変更	アセスメント基準日以降、ケアプランを変更しましたか？ 変更しなかった
QI に対応する CAP を読んで気づいたこと ケアプランの見直しについての検討	癌に伴う易疲労感か、アルツハイマーによる意欲低下か、鎮痛薬の影響か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。 中断中のデイサービスの再開を提案
その他のトリガーされた CAP の確認 その他の CAP を読んで気づいたこと	CAP: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。
ケアプランの変更	ケアプランの見直しについて検討した結果、ケアプランの変更を利用者に提案しますか？　変更を提案する
	変更を提案する場合は内容を、変更を提案しない場合はその理由を記述してください 週 1 回のデイサービス利用再開を提案する。

居宅では調査票を36部配布し、28部回収でき、回収率は77.8%であった。施設では15部配布し、11部回収でき、回収率は73.3%であった。居宅と施設の合計での回収率は76.5%であった。調査票の配布数は事業所によって1部から13部の開きがあり、回収率も事業所によって50.0%から100%と開きが見られた。ただし配布したケアマネジャーのうち調査時点で退職していた者も存在していたという点を考慮する必要がある（表33）。また、アセスメント基準日から調査依頼日（平成27年10月1日）までの間隔が居宅で平均178.3日、施設で平均139日であった。

表33　各事業所のケアマネジャーごとに配布した調査票数と回収数

	事業所名	配布数	回収数	回収率
居宅	A事業所	13	11	84.6%
	C事業所	6	3	50.0%
	D事業所	2	2	100.0%
	E事業所	2	2	100.0%
	F事業所	1	1	100.0%
	G事業所	1	1	100.0%
	H事業所	1	1	100.0%
	I事業所	6	3	50.0%
	O事業所	3	3	100.0%
	Q事業所	1	1	100.0%
	居宅合計	36	28	77.8%
	J事業所	1	1	100.0%
	M事業所	3	2	66.7%
	N事業所	7	4	57.1%
	P事業所	1	1	100.0%
	S事業所	3	3	100.0%
	施設合計	15	11	73.3%
居宅・施設合計		51	39	76.5%

表 34　回答のあったケアマネジャーにおける各 QI の検討依頼数と実際に検討した数

事業所名	転倒		ADL の悪化		痛みのコントロールが不十分		検討した QI 合計	回答したケアマネ人数
	依頼数	検討数	依頼数	検討数	依頼数	検討数		
A 事業所	18	7	19	9	20	7	23	11
C 事業所	4	4	3	2	3	2	8	3
D 事業所	2	2	1	1	1	1	4	2
E 事業所	3	0	1	1	2	1	2	2
F 事業所	1	1	1	1	0	0	2	1
G 事業所	2	2	1	0	0	0	2	1
H 事業所	1	1	0	0	0	0	1	1
I 事業所	7	2	8	2	3	1	5	3
O 事業所	3	3	1	1	2	1	5	3
Q 事業所	1	1	1	0	0	0	1	1
居宅合計	42	23	36	17	31	13	53	28
J 事業所	1	1	0	0	0	0	1	1
M 事業所	2	2	0	0	0	0	2	2
N 事業所	12	3	0	1	0	0	4	4
P 事業所	2	1	0	0	0	0	1	1
S 事業所	4	3	0	0	0	0	3	3
施設合計	21	10	0	1	0	0	11	11
居宅・施設合計	63	33	36	18	31	13	64	39

※「依頼数」とは回答したケアマネジャーに対する各 QI の検討依頼数を指す

※施設には「転倒」のみ検討を依頼した

回答のあったケアマネジャーにおける各 QI の検討依頼数と実際に検討した数(表 34)の居宅合計では「転倒」が依頼 42 件（検討 23 件)、「ADL の悪化」が依頼 36 件（検討 17 件)、「痛みのコントロールが不十分」が依頼 31 件（検討 13 件）の順に多かった。施設では「転倒」が依頼 21 件（検討 10 件)、「ADL の悪化」が依頼 0 件（検討 1 件）であった。検討した QI 合計は居宅合計では 53 件、施設合計では 11 件であった。

回答したケアマネの人数は居宅合計では 28 名であり、施設合計では 11 名であった。

表 35　アセスメント基準日から現在（平成 27 年 10 月 1 日）までの間隔

	最短	最長	平均	180 日以内の割合
居宅(n=53)	61 日	400 日	178.3 日	58.5%
施設(n=11)	96 日	195 日	139.0 日	81.8%
居宅･施設合計(n=64)	61 日	400 日	171.6 日	62.5%

居宅のアセスメント基準日から現在（平成 27 年 10 月 1 日）までの間隔は 61 日～400 日であり、平均 178 日であった。一方、施設は 96 日～195 日であり、平均 139 日であった。アセスメント間隔が 180 日以内の割合は居宅の 58.5%に対して施設は 81.8%であった（表 35)。

表 36　利用者の状態の変化

	変化していない (n=33)	変化している (n=31)	合計
居宅(n=53)	28(52.8%)	25(47.2%)	53(100%)
施設(n=11)	5(45.5%)	6(54.5%)	11(100%)
居宅・施設合計(n=64)	33(51.6%)	31(48.4%)	64(100%)

アセスメント基準日から現在（平成 27 年 10 月 1 日）までの利用者の状態変化について、居宅では「変化していない」が 52.8%、「変化している」が 47.2%であった。一方、施設では「変化していない」が 45.5%、「変化している」が 54.5%であった（表 36)。

表 37　ケアプランの変更

	変更しなかった (n=28)	変更した (n=36)	合計
居宅(n=53)	26(49.1%)	27(50.9%)	53(100%)
施設(n=11)	2(18.2%)	9(81.8%)	11(100%)
居宅・施設合計(n=64)	28(43.8%)	36(56.3%)	64(100%)

アセスメント基準日から現在(平成 27 年 10 月 1 日)までのケアプラン変更について、居宅では「変更しなかった」が 49.1%、「変更した」が 50.9%であった。一方、施設では「変更しなかった」が 18.2%であるのに対して、「変更した」が 81.8%を占めていた（表 37)。

表 38　見直し後のケアプラン変更の提案

	提案しない (n=41)	提案する (n=23)	合計
居宅(n=53)	34(64.2%)	19(35.8%)	53(100%)
施設(n=11)	7(63.6%)	4(36.4%)	11(100%)
居宅・施設合計(n=64)	41(64.1%)	23(35.9%)	64(100%)

ケアプラン見直し後のケアプラン変更の提案について、居宅では「提案しない」が 64.2%、「提案する」が 35.8%であった。一方、施設では「提案しない」が 63.6%、「提案する」が 36.4%であった（表 38)。

表 39　状態変化の有無、ケアプラン変更の有無別の見直し後のケアプラン変更提案の有無（居宅）

居宅(n=53)	ケアプラン変更提案しない(n=34)			変更提案する(n=19)		
	ケアプラン変更なし(n=18)	ケアプラン変更あり(n=16)	合計	ケアプラン変更なし(n=8)	ケアプラン変更あり(n=11)	合計
状態変化なし(n=28)	12(22.6%)	8(15.1%)	20(37.7%)	7(13.2%)	1(1.9%)	8(15.1%)
状態変化あり(n=25)	6(11.3%)	8(15.1%)	14(26.4%)	1(1.9%)	10(18.9%)	11(20.8%)
合計	18(34.0%)	16(30.2%)	34(64.2%)	8(15.1%)	11(20.8%)	19(35.8%)

居宅では「利用者の状態変化の有無」「ケアプラン変更の有無」「見直し後のケアプラン変更提案の有無」を 3 重クロス集計すると「状態変化なし、ケアプラン変更なし、ケアプラン変更提案しない」が 12 件（22.6%）で最も回答数が多く、「状態変化なし、ケアプラン変更あり、ケアプラン変更提案する」「状態変化あり、ケアプラン変更なし、ケアプラン変更提案する」が 1 件（1.9%）で最も回答数が少なかった。また、居宅における「状態変化なし、ケアプラン変更なし」の回答数は 19 件（35.8%）であった（表 39)。

表 40　状態変化の有無、ケアプラン変更の有無別の見直し後のケアプラン変更提案の有無（施設）

施設(n=11)	ケアプラン変更提案しない(n=7)			ケアプラン変更提案する(n=4)		
	ケアプラン変更なし(n=1)	ケアプラン変更あり(n=6)	合計	ケアプラン変更なし(n=1)	ケアプラン変更あり(n=3)	合計
状態変化なし(n=5)	1(9.1%)	3(27.3%)	4(36.4%)	1(9.1%)	0(0.0%)	1(9.1%)
状態変化あり(n=6)	0(0.0%)	3(27.3%)	3(27.3%)	0(0.0%)	3(27.3%)	3(27.3%)
合計	1(9.1%)	6(54.5%)	7(63.6%)	1(9.1%)	3(27.3%)	4(36.4%)

施設では「利用者の状態変化の有無」「ケアプラン変更の有無」「見直し後のケアプラン変更の有無」を 3 重クロス集計すると「状態変化なし、ケアプラン変更あり、ケアプラン変更提案しない」「状態変化あり、ケアプラン変更あり、ケアプラン変更提案しない」「状態変化あり、ケアプラン変更あり、ケアプラン変更提案する」が 3 件（27.3%）で最も回答数が多かった。また、施設における「状態変化なし、ケアプラン変更なし」の回答数は 2 件（18.2%）であった（表 40)。

表 41　状態変化の有無、ケアプラン変更の有無別の見直し後のケアプラン変更提案の有無（居宅・施設合計）

居宅・施設合計(n=64)	ケアプラン変更提案しない(n=41)			ケアプラン変更提案する(n=23)		
	ケアプラン変更なし(n=19)	ケアプラン変更あり(n=22)	合計	ケアプラン変更なし(n=9)	ケアプラン変更あり(n=14)	合計
状態変化なし(n=33)	13(20.3%)	11(17.2%)	24(37.5%)	8(12.5%)	1(1.6%)	9(14.1%)
状態変化あり(n=31)	6(9.4%)	11(17.2%)	17(26.6%)	1(1.6%)	13(20.3%)	14(21.9%)
合計	19(29.7%)	22(34.4%)	41(64.1%)	9(14.1%)	14(21.9%)	23(35.9%)

居宅と施設の合計では「利用者の状態変化の有無」「ケアプラン変更の有無」「見直し後のケアプラン変更の有無」を 3 重クロス集計すると「状態変化なし、ケアプラン変更なし、ケアプラン変更提案しない」「状態変化あり、ケアプラン変更あり、ケアプラン変更提案する」が 13 件（20.3%）で最も回答数が多く、「状態変化あり、ケアプラン変更なし、ケアプラン変更提案する」「状態変化なし、ケアプラン変更あり、ケアプラン変更提案する」が 1 件（1.6%）で最も回答数が少なかった。また、居宅と施設の合計における「状態変化なし、ケアプラン変更なし」の回答数は 21 件（32.8%）であった（表 41）。

表 42　QI に基づいて対応する CAP を検討した利用者数

	転倒			ADL			痛み		
	転倒 QI の検討数	対応する CAP の検討数	割合	ADL の悪化 QI の検討数	対応する CAP の検討数	割合	痛みのコントロールが不十分 QI の検討数	対応する CAP の検討数	割合
居宅	23	22	95.7%	17	17	100%	13	13	100%
施設	10	10	100.0%	1	1	100%	0	0	
合計	33	32	97.0%	18	18	100%	13	13	100%

転倒の QI では一人を除いて対応する転倒の CAP を検討した。ADL の悪化の QI では全員が対応する ADL の CAP を検討した。痛みのコントロールが不十分の QI では全員が対応する痛みの CAP を検討した（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（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43）。

表44　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44）。

表 45　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45）。

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。もう一歩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。

(8) 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とこができましたか(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

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 46　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	どちらともいえない	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%、「どちらともいえない」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 46）。

表 47　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	どちらともいえない	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%、「どちらともいえない」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%、「どちらともいえない」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 47）。

表 48　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 48)。

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、生活リハがいっ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ろう。

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ので、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を特定し、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。